

U. PORTO

FMUP FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2016/2017

Isabel Bastos Ferreira

Dor no Pós-parto: Impacto na Satisfação Materna

Postpartum Pain: Impact on Maternal Satisfaction

março, 2017

FMUP

Isabel Bastos Ferreira

Dor no Pós-parto: Impacto na Satisfação Materna

Postpartum pain: Impact on Maternal Satisfaction

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Anestesiologia

Tipologia: Dissertação

Trabalho efetuado sob a Orientação de:

Dr.^a Alice Maria Rafael Pinto dos Santos

Trabalho organizado de acordo com as normas da revista:

Sociedade Portuguesa de Anestesiologia (SPA)

março, 2017

FMUP

Eu, Isabel Bastos Ferreira, abaixo assinado,
nº mecanográfico 200302250, estudante do 6º ano do Ciclo de Estudos Integrado em
Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter atuado com absoluta
integridade na elaboração deste projeto de opção.

Neste sentido, confirmo que **NÃO** incorri em plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão,
assume a autoria de um determinado trabalho intelectual, ou partes dele). Mais declaro que todas as
frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores, foram referenciadas, ou
redigidas com novas palavras, tendo colocado, neste caso, a citação da fonte bibliográfica.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 22/03/2017

Assinatura conforme cartão de identificação:

Isabel Bastos Ferreira

Projecto de Opção do 6º ano – DECLARAÇÃO DE REPRODUÇÃO

NOME

ISABEL BASTOS FERREIRA

NÚMERO DE ESTUDANTE

200302250

DATA DE CONCLUSÃO

22/03/2017

DESIGNAÇÃO DA ÁREA DO PROJECTO

ANESTESIOLOGIA

TÍTULO DISSERTAÇÃO/~~MONOGRAFIA~~ (riscar o que não interessa)

DOR NO PÓS-PARTO: IMPACTO NA SATISFAÇÃO MATERNA.

ORIENTADOR

DRO. ALE MARIA RAFAEL PINTO DOS SANTOS

COORDENADOR (se aplicável)

ASSINALE APENAS UMA DAS OPÇÕES:

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA TRABALHO APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.	<input checked="" type="checkbox"/>
É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO PARCIAL DESTA TRABALHO (INDICAR, CASO TAL SEJA NECESSÁRIO, Nº MÁXIMO DE PÁGINAS, ILUSTRAÇÕES, GRÁFICOS, ETC.) APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.	<input type="checkbox"/>
DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO EM VIGOR, (INDICAR, CASO TAL SEJA NECESSÁRIO, Nº MÁXIMO DE PÁGINAS, ILUSTRAÇÕES, GRÁFICOS, ETC.) NÃO É PERMITIDA A REPRODUÇÃO DE QUALQUER PARTE DESTA TRABALHO.	<input type="checkbox"/>

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 22/03/2017

Assinatura conforme cartão de identificação: Isabel Bastos Ferreira

DEDICATÓRIA

Há momentos da vida em que é necessário reconhecer que somos fruto de tudo o que nos orientou por este caminho. Ainda que sejamos o motor da nossa viagem, são muitos os que contribuíram para que esta fosse menos difícil. A todos estes, o meu grande e sincero obrigada, dedico-lhes a minha atenção.

Um agradecimento especial ao meu marido, pela paciência e ajuda, pelas muitas ausências e sobretudo, por permitir que termine esta etapa da minha vida. Com este agradecimento, adiciono um beijinho terno à minha filhota, que ainda não entendendo as minhas falhas, me abraça todos os dias com um sorriso.

Um forte obrigada, às minhas duas famílias, a de sangue e a adotiva, que me apoiam sem questionar e que me desejam toda a sorte do mundo.

Às minhas duas meninas, Ana e Lia, por ouvirem as incansáveis reclamações, por me deixarem falar e nunca me deixarem desanimar.

À minha irmã, meu pilar, em tempos de saudade conjunta.

Fica aqui reservado o cantinho especial àqueles que me impulsionaram nesta aventura, agora ausentes. Foi por vós que não desisti! Obrigada Mamã e Papá.

DOR NO PÓS-PARTO: IMPACTO NA
SATISFAÇÃO MATERNA
POSTPARTUM PAIN: IMPACT ON MATERNAL
SATISFACTION

AUTORES

Isabel Bastos Ferreira¹

¹ Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto

Autor responsável pela correspondência relativa ao manuscrito:

Isabel Bastos Ferreira

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Alameda Prof. Hernâni Monteiro, 4200-319 Porto

E-mail: isabel.bastos.24@gmail.com

Título breve para rodapé:

Dor no pós-parto: impacto na satisfação materna

DOR NO PÓS-PARTO: IMPACTO NA SATISFAÇÃO MATERNA

POSTPARTUM PAIN: IMPACT ON MATERNAL SATISFACTION

RESUMO

Introdução: A satisfação com a experiência de parto é reconhecida como instrumento de medida da qualidade dos serviços prestados. O estudo pretende avaliar a incidência de dor severa pós-parto (DSPP) durante as primeiras 24 horas e aferir o seu impacto na satisfação global com a experiência de parto.

Material e Métodos: Após aprovação pela Comissão de Ética, durante um mês, foi efetuado um estudo observacional e prospetivo em mulheres em trabalho de parto submetidas a analgesia epidural (AE). Foram recolhidos dados sociodemográficos, obstétricos, da conduta anestésica e do puerpério. Foi utilizada a escala numérica verbal de dor (ENVD) e efetuados três questionários: um de satisfação com AE; um de satisfação com a experiência de parto e o questionário da qualidade de recobro QoR-15. Foi definida DSPP como a pontuação inferior a 10 no item 12 do QoR-15 e má qualidade de recobro (MQR) como uma pontuação no QoR-15 inferior à pontuação média menos um desvio padrão. A análise estatística descritiva foi realizada e os testes qui-quadrado ou exato de Fisher e t de student ou Mann-Whitney foram usados para comparações.

Resultados: A incidência de DSPP foi 22%. As mulheres com DSPP tiveram mais vezes incorreto ganho ponderal na gravidez (64% vs. 40%, $p=0,032$) e medicação

analgésica prévia ao início da AE. No puerpério, estas mulheres apresentaram mediana superior na ENVD (6 vs. 2, $p < 0,001$), tiveram mais vezes complicações (36% vs. 17%, $p = 0,041$), obtiveram menor pontuação total no QoR-15 (106 vs. 128, $p < 0,001$) verificando-se MQR mais frequentemente (28% vs. 6%, $p = 0,001$). Estas mulheres apresentaram-se menos satisfeitas relativamente à questão “De modo geral, gostei da experiência que tive com o nascimento deste bebé” (24% vs. 5%, $p = 0,01$).

Conclusões: A DSPP não é uma situação rara. As mulheres com DSPP apresentaram pior qualidade de recobro e mostraram-se menos satisfeitas com a experiência de parto.

Palavras-chave: analgesia obstétrica; dor no pós-parto; satisfação materna; cesariana; parto vaginal

ABSTRACT

Background: Satisfaction with the experience of birth is recognized as an instrument for measuring the quality of the services provided. The study aims to evaluate the incidence of severe postpartum pain (SPPP) during the first 24 hours and to assess its impact on overall satisfaction with the delivery experience.

Material and Methods: After approval by the Ethics Committee, during one month an observational and prospective study was carried out on women in labor undergoing epidural analgesia (EA). Sociodemographic, obstetric, and anesthetic and puerperal data were collected. The verbal numerical pain scale (VNPS) was used and three questionnaires were performed: one for satisfaction with EA; one of satisfaction with the delivery experience and the QoR-15 quality of recovery (Portuguese version) questionnaire. SPPP was defined as the score less than 10 in item 12 of QoR-15 and poor

quality of recovery (PQR) as a score in QoR-15 lower than the mean score minus a standard deviation. Descriptive statistical analysis was performed and chi-square or Fisher's exact test and Student's or Mann-Whitney's t tests were used for comparisons.

Results: The incidence of SPPP was 22%. Women with SPPP had more than a wrong weight gain in pregnancy (64% vs. 40%, $p = 0.032$) and analgesic medication prior to the initiation of EC. In the puerperium, these women had a median superiority in VNPS (6 vs. 2, $p < 0.001$), had more complications (36% vs. 17%, $p = 0.041$), obtained lower QoR-15 total score (106 vs. 128, $p < 0.001$) with PQR more frequently (28% vs. 6%, $p = 0.001$). These women were less satisfied with the question "Overall, I enjoyed the experience I had with the birth of this baby "(24% vs. 5%, $p = 0.01$).

Conclusions: SPPP is not a rare situation. Women with SPPP had worse quality of recovery and were less satisfied with the delivery experience.

Keywords: obstetric analgesia; postpartum pain; maternal satisfaction; cesarean delivery; vaginal delivery;

INTRODUÇÃO

A satisfação com a experiência de parto percecionada pelas mulheres tem vindo a ser reconhecida e apontada como instrumento de medição da qualidade dos serviços prestados e de aferimento de medidas que podem ser melhoradas^{1,2}. A experiência do parto pode ser influenciada por múltiplas variáveis que a determinam como mais ou menos satisfatória. De entre os vários fatores que parecem influenciar mais a satisfação global com a experiência de parto, quatro assumem especial relevo: a participação ativa da mulher na tomada de decisões, a qualidade da relação paciente-prestador de cuidados, o apoio da equipa técnica e as expectativas pessoais³.

A perceção da experiência de parto tem sido avaliada de diversas formas, centradas em diferentes parâmetros, a partir de instrumentos concebidos para o efeito. Em Portugal, foi desenvolvido e validado o *Childbirth Experience and Satisfaction Questionnaire* (CESQ)⁴. Trata-se de um questionário de auto preenchimento, constituído por um total de 104 questões referentes a expectativas, experiência, satisfação e dor relativas ao trabalho de parto, parto e pós-parto. Para a análise dos resultados foram identificadas 8 sub-escalas: condições e cuidados prestados, experiência positiva, experiência negativa, relaxamento, suporte, suporte do companheiro, preocupações e pós-parto. Foi verificado que quanto maior a qualidade das condições e cuidados proporcionados mais presentes estão os sentimentos positivos de parto e que uma experiência de parto mais positiva relaciona-se com uma vivência do pós-parto também mais positiva. As subescalas experiência positiva e a pós-parto foram as que se relacionam mais positiva e significativamente com a escala total.

Na área da anestesia obstétrica, os trabalhos disponíveis são maioritariamente retrospectivos e relacionam a dor com aspetos específicos relacionados com a técnica,

estádios do trabalho de parto⁵, complicações^{6,7} ou tipo de parto⁸, não incluindo uma avaliação objetiva da satisfação mulher, que é fulcral, quando se pretende avaliar a eficácia da analgesia. *Waldenström et al* demonstraram que há divergência a longo prazo, na memória relativa à dor sentida e à percepção global da experiência de parto, sendo que a dor é mais facilmente esquecida e modificável que a percepção global da experiência^{9,10}. Assim, a percepção da dor torna-se menos severa enquanto a percepção global desta experiência assume maior negatividade ao longo do tempo.

A ponte entre os diferentes momentos, nomeadamente no trabalho de parto, parto e pós-parto, a adequação da analgesia e dos protocolos analgésicos, nos diferentes tempos, pode permitir identificar problemas associados, gerar oportunidade de melhoria das práticas e orientar novas perspectivas de investigação⁵. É reconhecido que a intensidade da vigilância e dos procedimentos interventivos durante o trabalho de parto e parto contrastam com o rápido declínio dos mesmos após o nascimento, em que, normalmente após 2 horas, é feita a transição das mães para uma enfermaria de puerpério. A consequência desta diminuição de cuidados não é muito explorada na literatura. O tratamento da dor no pós-parto parece ser ainda menos adequado que o providenciado após um ato cirúrgico fruto de alguma relutância ao uso de analgésicos não esteroides ou das doses adequadas de opióide, por dúvidas sobre a influência destes fármacos na amamentação¹¹.

O objetivo principal do estudo é avaliar a incidência de dor severa no pós-parto (DSPP) e o seu impacto na satisfação materna. Como objetivo secundário pretende-se avaliar a eficácia do protocolo analgésico instituído e/ou necessidade de adequação em situações específicas.

MATERIAL E MÉTODOS

Este trabalho consistiu num estudo prospetivo observacional, com aprovação pela Comissão de Ética da instituição e foi realizado com a obtenção de consentimento informado na forma escrita.

A colheita foi realizada no Serviço de Obstetrícia, nomeadamente na Sala de Partos e Serviço de Internamento de Obstetrícia (Puerpério), durante o período de um mês, no qual participaram 128 grávidas.

Os critérios de inclusão no estudo exigiam que as grávidas em trabalho de parto solicitassem analgesia epidural (AE), fossem maiores de 18 anos e tivessem domínio da língua portuguesa. Os critérios de exclusão contemplavam situações de trabalho de abortamento ou nados mortos, a admissão em unidade intermédia/intensiva no pós-parto e o não preenchimento adequado do questionário da qualidade de recuperação.

A premissa para recrutamento baseava-se no pedido de AE durante o trabalho de parto. Verificados os critérios de inclusão, a parturiente era abordada para lhe ser proposta a sua participação, altura em que eram explicados os motivos e objetivos do estudo. Caso concordasse participar, pedia-se que lesse e assinasse o consentimento informado. O consentimento era obtido por um elemento não envolvido na prestação de cuidados.

Foram recolhidos dados sociodemográficos (idade, atividade laboral, habilitações literárias, estado civil, peso prévio à gravidez, estatura, co morbilidades, medicação habitual e alergias), obstétricos (paridade, patologia obstétrica/ginecológica, idade gestacional, peso atual, dilatação e extinção, indução do trabalho de parto, apresentação, duração do trabalho de parto, tipo de parto, complicações obstétricas, realização de

episiotomia), da conduta anestésica (estado físico segundo a classificação da *American Society of Anesthesiologists*, analgesia pré-epidural, técnica analgésica e complicações, aplicação da escala numérica verbal da dor pré e pós epidural e no pós-parto) do recém-nascido (RN) (sexo, apgar ao 1º e 5º minutos, peso, comprimento, perímetro cefálico e destino) e do puerpério. Os dados foram colhidos em folha própria criada para o efeito, nomeadamente, folha de registo de trabalho de parto e folha de registo de follow-up às 24 horas. O preenchimento desses dados era iniciado no primeiro contacto e posteriormente completado nas diversas fases de acompanhamento das participante e por consulta dos processos eletrónicos das pacientes.

O questionário de satisfação com a AE e o questionário de satisfação global com a experiência de parto foram explicados e colocados em envelope fechado para serem preenchidos pela puérpera, sendo recolhidos durante a visita ao puerpério.

O questionário de satisfação com a AE foi aplicado com autorização do autor. Trata-se de um questionário composto por 10 itens com a aplicação de uma escala de Likert de 5 elementos (discordo totalmente, discordo, indiferente, concordo e concordo totalmente)⁵. Para além destes 10 itens foi acrescentado ao inquérito original a questão “ Avalie, de 0 a 10, a satisfação global com a analgesia de parto que lhe foi prestada (sendo que 0 é estar muitíssimo insatisfeita e 10 é estar muitíssima satisfeita) ”, como forma de quantificar a satisfação. O preenchimento deste inquérito era efetuado até às duas horas de pós-parto.

O questionário de satisfação global com a experiência de parto foi elaborado a partir do CESQ mas, atendendo à sua extensão e ao *timing* em que iria ser aplicado, foi apenas composto por 21 itens, com frases de resposta Sim/Não/Não Responde. Ainda neste sentido, foi feita uma divisão dos itens a aplicar na admissão (8 itens) relativos à gravidez e no pós-parto até às 24 horas (restantes 13 itens).

O questionário de qualidade de recobro (QoR-15) está validado na versão portuguesa e foi aplicado com a autorização do autor. É composto por 15 frases, com a atribuição de pontuação de zero a 10, sendo que o valor de zero implica má qualidade de recuperação e 10 boa qualidade de recuperação ¹². As questões reportavam-se às primeiras 24 horas de puerpério (T1) e eram inquiridas por um elemento do grupo de trabalho, não envolvido na prestação de cuidados, durante a visita ao puerpério (entre as 24 e 36h). Após o preenchimento do QoR-15 era realizada a recolha dos envelopes com os restantes questionários.

A escala numérica verbal de dor (ENVD) foi utilizada durante a AE e puerpério. A escala quantifica a dor de zero a 10, em que zero significa sem dor e 10 corresponde a dor insuportável.

Foi definida má qualidade de recobro (MQR) como uma pontuação no QoR-15 inferior à pontuação média em (T1) menos um desvio padrão.

O incorreto ganho ponderal durante a gravidez foi definido segundo as recomendações do Congresso Americano de Obstetras e Ginecologistas (atualizadas em 2016). Segundo estas *guidelines* o aumento de peso ideal é de 12-18 kg para mulheres com IMC inferior a 18,5 kg/m²; de 11-15 kg para as que apresentem IMC entre 18,6 e 24,9 kg/m²; de 6-11 kg se o IMC for entre 25 e 29,9 kg/m² e de 5-9Kg para as obesas (IMC \geq 30 kg/m²).

Não foi realizado qualquer tipo de cálculo formal, para a obtenção de uma amostragem que pudesse ter impacto significativo. A amostra, composta por 128 participantes, traduz a colheita realizada durante o período de um mês.

Na análise univariável considerou-se a ocorrência de dor severa como variável dependente ficando definido como dor severa no pós-parto (DSPP) uma pontuação

inferior a 10 no item 12 do QoR-15, gerando assim o Grupo I (pontuação de 10 no item 12 do QoR-15, nunca sentiu dor severa) e o Grupo II (pontuação inferior a 10 no item 12 do QoR-15, sentiu dor severa). As restantes variáveis sociodemográficas, obstétricas, de conduta anestésica, do RN e de satisfação com a AE, satisfação global com o parto e qualidade de recobro formaram as variáveis independentes.

A análise estatística descritiva foi realizada e os testes qui-quadrado ou exato de Fisher e t de student ou Mann-Whitney foram usados para comparações. O valor de $p < 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo.

RESULTADOS

Durante o período do estudo, 147 grávidas solicitaram AE para trabalho parto. Das 128 mulheres abordadas para participar no estudo, 113 puderam ser incluídas, sendo que 13 foram perdidas na consulta de puerpério, uma não apresentava o correto preenchimento do questionário de recuperação e outra puérpera recusou participar.

A incidência de DSPP foi 22%. Os dados sociodemográficos estão representados na Tabela 1. A média de idade da população em estudo foi de 30,7 anos, com média de peso prévio à gravidez de 63,6 kg e estatura de 161,2 cm, gerando uma média de índice de massa corporal (IMC) de 24,4 kg/m². Verificou-se que 27,4% das mulheres não tinham a escolaridade obrigatória, que 44,3% eram solteiras ou divorciadas e que em 81,4% dos casos se encontravam desempregadas.

Na Tabela 2 são apresentados os dados obstétricos. As mulheres primíparas representavam 62,8% da população estudada e a idade gestacional média foi de 39 semanas, sendo que as gestações de termo corresponderam a 74,3% dos casos. Cinquenta

e uma grávidas apresentaram ganho de peso incorreto durante a gravidez. O início do trabalho de parto foi espontâneo em 60,2% dos casos. Ocorreram 88 partos vaginais, sendo em 50,4% eutócico e em 27,4% vaginal instrumentado (assistido por ventosa). O parto foi em 22,1% por cesariana, tendo havido em 6 mulheres necessidade de conversão para anestesia geral (em 3 casos por cateter epidural não funcionante). As principais indicações para cesariana foram distocia mecânica (56%) e estado fetal não tranquilizador (28%).

Foi verificada que em 60,2% das grávidas a analgesia epidural foi disponibilizada durante o turno diurno. A mediana da dilatação cervical no momento do início da analgesia epidural foi de 4 cm, variando de 2 a 10 cm (interquartis: 3-4), sendo que as grávidas apresentavam ENVD alta (8; interquartil: 7-10). A mediana do tempo entre o início da analgesia epidural e o parto foi de 8 horas e 15 minutos, variando de 20 minutos a 28 horas e 23 minutos. Em 5 casos foi necessário a recolocação do cateter epidural durante a analgesia de parto.

Ocorreram complicações no pós-parto em 24 puérperas (21%), sendo as mais frequentes o hematoma e a traquelorrafia.

Na análise dos dados dos dois grupos (Tabela 3) não se verificam diferenças estatisticamente significativas nas características sociodemográficas, obstétricas, do RN, na conduta anestésica e de satisfação com a AE. Ainda que não estatisticamente significativo, a maioria das mulheres com DSPP são solteiras ou estão divorciadas (60% vs. 39,8%, $p=0,072$) e apresentam maior prevalência de obesidade no final da gravidez (56% vs. 35,2%, $p=0,069$). Estas mulheres tiveram mais vezes ganho ponderal incorreto na gravidez (64% vs. 39,8%, $p=0,032$) e necessidade de medicação analgésica prévia ao início da AE (60% vs. 27,3%, $p=0,001$). O valor da mediana de dor, avaliada pela ENVD,

antes do início da analgesia epidural foi semelhante nos 2 grupos assim como a dor durante a AE, avaliada no questionário de satisfação.

Relativamente à dor nas primeiras 24 horas de puerpério, as puérperas com DSPP apresentaram ENVD ≥ 4 mais frequentemente, quando avaliadas a cada 8 horas (68% vs. 35,2%, $p=0.004$; 88% vs. 35,2%, $p < 0,001$; 88% vs. 31,8%, $p < 0,001$, respetivamente) e mediana superior na ENVD (6 vs. 2, $p < 0,001$). Estas puérperas encontravam-se mais vezes medicadas, em regime fixo, com paracetamol (60% vs. 31,8%, $p=0,012$) e morfina (32% vs. 13,6%, $p=0.025$). O recurso à analgesia de resgate foi superior no Grupo II, ainda que não de forma estatisticamente significativa (44% vs. 26,1%, $p=0.076$).

As mulheres com DSPP apresentaram mais frequentemente complicações no puerpério (36% vs. 17%, $p=0,041$) e maior incidência de MQR (28% vs. 5,7%, $p=0,001$). O tempo de internamento foi semelhante entre os 2 grupos ($p=0,056$).

A Tabela 4 apresenta os dados aferidos no questionário de qualidade de recuperação (QoR-15) no pós-parto. Segundo o QoR-15, verificou-se que as puérperas com DSPP apresentaram mais frequentemente mediana inferior da pontuação total (106 vs. 128, $p < 0,001$). Estas mulheres sofreram mais vezes dor moderada ($p < 0,001$) e sentiram-se mais preocupadas e ansiosas ($p < 0,001$). Referiram sentir-se menos vezes confortáveis e com controlo das situações ($p=0,001$) e ter menos vezes suporte por parte de médicos e enfermeiros ($p=0,003$). Consideraram-se menos descansadas ($p=0,025$) e tiveram menos frequentemente um “bom sono” ($p=0,02$), sendo menos capazes de tratar da sua higiene pessoal de forma autónoma ($p=0.002$) e de regressar ao trabalho e às atividades domésticas ($p=0,003$).

A Tabela 5 apresenta os dados obtidos no questionário de satisfação global com a experiência de parto. Durante a gravidez, as mulheres consideraram-se adequadamente informadas sobre o trabalho de parto e a analgesia disponível, verificando-se elevada incidência de expectativas negativas com a experiência de parto, nomeadamente relativas à dor e ansiedade, em ambos os grupos, e não existiram diferenças significativas na forma como se sentiram envolvidas na tomada de decisões. De forma geral, houve elevada satisfação com o apoio da equipa e com a relação estabelecida com os prestadores de cuidados. No internamento, verificou-se que o grupo com DSPP refere ter-se sentido menos esclarecido e apoiado pela equipa (88% vs. 98,8%, $p=0,039$). Ambos os grupos foram semelhantes na satisfação com a conduta anestésica durante o trabalho de parto e na avaliação que fizeram relativa a analgesia no pós-parto. As mulheres com DSPP apresentaram menos satisfação com a experiência de parto (76% vs. 95,1%, $p=0,004$).

DISCUSSÃO

Na população estudada foi identificada uma incidência de 22% de DSPP. Na literatura são raros os estudos que avaliam a intensidade de dor nas primeiras horas de puerpério sendo mais abordada a incidência de dor persistente no pós-parto. *Mcarthur et al* estudaram a dor no primeiro dia pós-parto em mulheres submetidas a episiotomia e reportaram uma incidência de 36%¹³. *Eisenach et al* documentaram prevalência de dor aguda grave de 10,9% nas primeiras 36 horas de puerpério e a gravidade desta dor foi independentemente relacionada com o risco de dor persistente¹¹. Recentemente, um estudo concluiu que a dor após parto vaginal não se associa a dor persistente contrariamente ao que ocorre após o parto por cesarina¹⁴.

Neste trabalho verificou-se que o grupo com DSPP teve mais vezes ganho ponderal incorreto na gravidez e maior incidência de complicações. *Raposo et al.*, sem estudarem a dor no pós-parto, demonstraram que o ganho ponderal incorreto surge associado a maior morbi-mortalidade na gravidez e no pós-parto¹⁵. Parece ser razoável assumir que as complicações no pós-parto condicionam maior necessidade de analgesia.

As mulheres com DSPP necessitaram mais de medicação antes do início da AE. Ambos os grupos apresentaram mediana de dor prévia à AE e percentagem de indução de parto semelhante, o que permite inferir que estas mulheres valorizaram mais a dor no período que antecedeu a AE. De igual modo, no puerpério, este grupo, apesar de mais medicado com paracetamol e morfina, apresentou maior intensidade de dor.

Na literatura a dor no pós-parto está mais associada a cesariana e, de entre os partos vaginais surge relacionada com parto instrumentado ou a lacerações perineais^{11,14}. No entanto, o trabalho de *Eshkeviri et al* não encontrou associação entre dor e o tipo de parto¹⁶. No presente estudo, apesar de uma maior percentagem de cesariana no grupo com DSPP, não foi verificada associação com o tipo de parto nem com episiotomia ou ocorrência de lacerações.

Relativamente à influência da paridade na dor no pós-parto, as mulheres primíparas são mais propensas ao trauma perineal espontâneo e mais vezes submetidas a episiotomia¹⁷ sendo que a dor parece afetar este grupo em maior proporção¹⁸. Tal associação não foi verificada neste estudo.

A ocorrência de dor durante a AE não influenciou a intensidade de dor no puerpério. No entanto, sabe-se que a eficácia do método de alívio da dor no trabalho de parto, além de promover a satisfação materna, mostra também exercer influencia a curto e a longo prazo,

na promoção da saúde mental das parturientes, nomeadamente, na diminuição da depressão pós-parto, na adaptação à amamentação e na qualidade da interação mãe-bebé¹⁹.

O mau controlo da dor aguda após procedimentos invasivos parece resultar em consequências deletérias como o prolongamento da hospitalização, atraso na retoma das atividades quotidianas²⁰ e associa-se a um aumento do risco de dor crónica e depressão no pós-parto^{11,21}. A aplicação do questionário de recuperação (QoR-15), que o autor julga ter sido usado pela primeira vez em contexto pós-parto, mostrou existir menor qualidade de recobro no grupo com DSPP. Estes resultados refletem que o controlo ineficaz da dor, nas primeiras 24 horas, interferiu na retoma das atividades diárias e corroboram o resultado de outros autores que mostrou que as mulheres com dor no pós-parto vêm mais afetada a qualidade de recuperação no que concerne ao autocuidado e ao exercício da maternidade²². É reconhecido que a vivência destas dificuldades contribui para experiências de parto negativas²³. Para além da avaliação da dor e da ocorrência de náuseas e vômitos durante as primeiras 24 horas, nesta população, este questionário permitiu identificar assimetria entre os grupos quanto a questões como “sentir-se confortável e com o controlo das situações” e “ter suporte por parte de médicos e enfermeiros”.

A análise do inquérito de satisfação com a experiência global de parto revelou de forma inequívoca menor satisfação no grupo com DSPP. Esta menor satisfação surge associada à insatisfação para a questão que reporta ao apoio e esclarecimento por parte dos profissionais de saúde no pós-parto e, ainda que não estatisticamente significativo, à relação de empatia estabelecida com os profissionais de saúde. Estes dois fatores foram previamente identificados como centrais na satisfação da mulher com a experiência de

parto⁵. No presente estudo, não houve diferença na satisfação entre os grupos no período da gravidez, nomeadamente em questões relacionadas com o apoio (familiar e dos técnicos de saúde), envolvimento na tomada de decisões e expectativas pessoais. A ansiedade prévia também não se associou a maior intensidade de dor no primeiro dia pós-parto. Das mulheres com DSPP, 84% mostraram-se satisfeitas com a analgesia que receberam no pós-operatório. Este achado, reflete considerações de outros autores que mostraram haver desvalorização das queixas maternas pela própria puérpera, família e profissionais, em detrimento das necessidades do RN²³.

Relativamente à avaliação da eficácia do protocolo analgésico instituído e/ou necessidade de adequação em situações específicas, os dados alertam para uma elevada prevalência de dor moderada e grave nas primeiras 24 horas pós-parto. Assim, este estudo sugere que as grávidas que valorizem mais a dor previamente à AE e as puérperas que apresentem complicações deverão merecer especial cuidado na abordagem da dor no puerpério.

Algumas limitações podem ser apontadas a este estudo nomeadamente o tamanho da amostra, por não permitir generalizar os resultados obtidos à população obstétrica em geral. Uma outra limitação prende-se com o possível condicionamento de respostas, por estas terem sido obtidas na presença de um elemento da equipa e enquanto a mulher se encontrava internada. Na avaliação da importância do apoio familiar não foi estudado o suporte prestado pelo companheiro. Ficaram por apurar as consequências da DSPP na interação com o RN e, a mais longo prazo, no desenvolvimento de depressão pós-parto e dor crónica.

CONCLUSÃO

A DSPP não é uma situação rara, afetando a qualidade de recuperação das mulheres no pós-parto e, de forma global, a satisfação com a experiência de parto. A associação de DSPP a um ganho ponderal incorreto parece apontar um problema emergente da sociedade atual, a obesidade. Apesar da vasta informação sobre os efeitos da obesidade sobre a saúde materna e fetal, são escassos os estudos que relacionam a dor e o período pós-parto, pelo que este poderá ser o tema de futuros trabalhos.

O estudo alerta para a necessidade e importância da realização de auditorias clínicas periódicas designadamente para a avaliação da eficácia do protocolo analgésico instituído e/ou necessidade de adequação em situações específicas. Mais estudos prospetivos serão ainda necessários para identificar fatores de risco para DSPP.

A DSPP põe em causa a qualidade assistencial, de recuperação e, a longo prazo, poderá comprometer a saúde física e psicológica da mulher. A sua incidência reflete a necessidade de direcionar o foco de atenção para a melhoria do controlo da dor neste período e não apenas durante o trabalho de parto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fitzpatrick R. Surveys of patient satisfaction: important general considerations. *BMJ*. 302, 1991, pp. 887–889.
2. Lavender DT. Improving quality of care during labour and childbirth and in the immediate postnatal period. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2016, Vol. 36, pp. 57-67.
3. Hodnett ED. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. S160–S172, 2002, Vol. 186.
4. Costa R, Figueiredo B, Pacheco A, Marques A, Pais A. Questuonário de experiência e satisfação com o parto. *Psicologia, Saúde e Doenças*. 2004, Vol. 5 (1), pp. 159-187.
5. Clivatti J, Siddiqui N, Goel A, Shaw M, Crisan I, Carvalho JCA. Quality of labour neuraxial analgesia and maternal satisfaction at a tertiary care teaching hospital: a prospective observational study. *Can J Anesth*. 2013, Vol. 60, pp. 787–795.
6. Pan PH, Bogard TD, Owen MD. Incidence and characteristics of failures in obstetric neuraxial analgesia and anesthesia: aretrospective analysis of 19,259 deliveries. *Int J Obstet Anesth*. 2004, Vol. 13.
7. Singh S, Chaudry SY, Phelps AL, Vallejo MC. A 5-year audit of accidental dural punctures, postdural puncture headaches, and failed regional anesthetics at a tertiary-care medical center. *The Scientific World Journal*. 2009, Vol. 9, pp. 715-22.
8. Dresner M, Brocklesby J, Bamber J. Audit of the influence o fbody mass index on the performance of epidural analgesia in labour and the subsequent mode of delivery. *BJOG*. 2006, Vol. 113, pp. 1178-1181.
9. Waldenström U. Women's memory of childbirth at two months and one year after the birth. *Birth*. 4, 2003, Vol. 30, pp. 248-254.
10. Conde A, Figueiredo B, Costa R, Pacheco A, Pais A. Percepção da experiência de parto: continuidade e mudança ao longo do pós-parto. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2007, Vol. 8, pp. 49-66.
11. Eisenach JC, Pan PH, Smiley R, Lavand'homme P, Landau R, Houle TT. Severity of Acute Pain After Childbirth, but not Type of Delivery, Predicts Persistent Pain and Postpartum Depression. *Pain*. 2008, Vol. 140(1), pp. 87–94.
12. Sá AC, Sousa G, Santos A, Santos C, Abelha JF. Quality of Recovery after Anesthesia: Validation of the Portuguese Version of the "Quality of Recovery 15" Questionnaire. *Acta Médica Portuguesa*. 2015, Vol. 28 (5), pp. 567-574.
13. Macarthur AJ, Macarthur C. Incidence, severity and determinants of perineal pain after vaginal delivery: a prospective cohort study. *Am J Obstet Gynecol*. 2004, Vol. 191, pp. 1199-204.
14. Kainu JP, Sarvela J, Tiippana E, Halmesmäki E, Kortilla KT. Persistent pain after caesarean section and vaginal birth: a cohort study. *Int J Obstet Anesth*. 2010, Vol. 19, pp. 4-9.

15. Raposo L, Ferreira C, Fernandes M, Pereira S, Moura P. Artigo de Revisão: Complicações da Obesidade na Gravidez. *Arq Med Porto*. nº3, 2011, Vol. 25.
16. Eshkevari L, Trout KK, Damore J. Management of Postpartum Pain. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2013, Vol. 58, pp. 622–631.
17. Smith LA, Price N, Simonite V, Burns EE. Incidence of and risk factors for perineal trauma: a prospective observational study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2013, Vol. 13:59.
18. Francisco AA, Kinjo MH, Bosco CS, Sila RL, Mendes EPB, Oliveira SMJV. Associação entre trauma perineal e dor em primíparas. *Rev Esc Enferm USP*. 2014, Vol. 48 (Esp), pp. 40-5.
19. Orange FA, Passini-Jr R, Melo AS, Katz L, Coutinho IC, Amorim MM. Combined spinal-epidural anesthesia and non-pharmacological methods of pain relief during normal childbirth and maternal satisfaction: a randomized clinical trial. *Rev Assoc Med Bras*. 2012, Vol. 58, pp. 112-7.
20. Wu CL, Naqibuddin M, Rowlingson AJ, Lietman SA, Jermyn RM, Fleisher LA. The effect of pain on Health-Related Quality of Life in the Immediate Postoperative Period. *Anesth Analg*. 2003, Vol. 97, pp. 1078-85.
21. Perkins FM, Kehlet H. Chronic pain as an outcome of surgery - A review of predictive factors. *Anesthesiology*. 2000, Vol. 93, pp. 1123-1133.
22. Francisco AA, Oliveira SMJV, Silva SMV, Santos JO, Leister N, Riesco MLG. Perineal pain effect on the activities of women who had an episiotomy. *Index Enferm* . nº3, 2012, Vol. 21.
23. Francisco AA, Oliveira SMJV, Santos JO, Silva SMV. Avaliação e tratamento da dor perineal no pós-parto vaginal. *Acta Paulista de Enfermagem*,. nº1, 2011, Vol. 24, pp. 94-100.

TABELAS

Tabela 1 - Dados Sociodemográficos (N=113)

Idade (anos), <i>media (dp)</i>	30,7 (5,09)
Peso (kg), <i>media (dp)</i>	63,6 (11,5)
Estatura (cm), <i>media (dp)</i>	161,2 (5,6)
IMC inicial (kg/m ²), <i>media (dp)</i>	24,4 (4,2)
Escolaridade inferior a 12ºano, <i>nº (%)</i>	31 (27,4)
Solteiras/divorciadas, <i>nº (%)</i>	50 (44,3)
Desempregadas, <i>nº (%)</i>	92 (81,4)

IMC- Índice de massa corporal

Tabela 2 - Dados Obstétricos (n=113)

Primíparas, <i>n</i> ^o (%)	71 (62,8)
Idade gestacional, <i>media</i> (<i>dp</i>)	39 (1,7)
Gestação de termo, <i>n</i> ^o (%)	84 (74,3)
Ganho ponderal incorreto na gravidez, <i>n</i> ^o (%)	51 (45,1)
Trabalho de parto induzido, <i>n</i> ^o (%)	45 (39,8)
Tipo de parto, <i>n</i> ^o (%)	
Eutócico	57 (50,4)
Assistido com ventosa	31 (27,4)
Cesariana	25 (22,1)

Tabela 3 - Análise univariada para o item 12 do QoR-15

	Grupo I (n=88)	Grupo II (n=25)	<i>p</i>
Idade (anos), <i>mediana</i>	31 (27-34)	32 (29-36)	0,224
Peso inicial (kg), <i>mediana</i>	60 (54-70)	64 (59-76)	0,108
Estatura (cm), <i>mediana</i>	160 (157-165)	161 (157-165)	0,811
Escolaridade $\geq 12^{\circ}$ ano , <i>n^o (%)</i>	62 (70,5)	20 (80)	0,345
Profissão , <i>n^o (%)</i>			1
Ativa	17 (19,3)	4 (16)	
Desempregada	71 (80,7)	21 (84)	
Estado civil , <i>n^o (%)</i>			0,072
Casada/União de facto	53 (60,2)	10 (40)	
Solteira/Divorciada	35 (39,8)	15 (60)	
IMC inicial (kg/m ²), <i>mediana</i>	23,3 (20,7-27)	25,2 (22,1-27-3)	0,126
Obesidade inicial , <i>n^o (%)</i>	5 (5,6)	3 (12)	0,372
Obesidade final , <i>n^o (%)</i>	31 (35,2)	14 (56)	0,069
Ganho ponderal na gravidez , <i>n^o (%)</i>			0,032
Correto	53 (60,2)	9 (36)	
Incorreto	35 (39,8)	16 (64)	
Estado físico ASA III , <i>n (%)</i>	4 (4)	3 (12)	0,18
Primípara , <i>n (%)</i>	54 (61,4)	17 (68)	0,545
Idade gestacional , <i>n (%)</i>			0,394
<37 semanas	9 (10,2)	1 (4)	
37 a 40 semanas	66 (75)	18 (72)	
> 40 semanas	13 (14,8)	6 (24)	
Início do trabalho de parto , <i>n (%)</i>			0,215
Espontâneo	56 (63,6)	13 (52)	
Induzido	32 (36,4)	12 (48)	
Analgesia Epidural			
Turno diurno (08-20h), <i>n (%)</i>	55 (62,5)	13 (52)	0,311
Analgésico prévio, <i>n(%)</i>	24 (27,3)	15 (60)	0,001
Dilatação prévia (cm), <i>mediana</i>	3 (3-4)	4 (2-4)	0,366
Dor prévia (ENVD), <i>mediana</i>	8 (7-10)	8 (7-10)	0,756
Dor no trabalho de parto*, <i>n (%)</i>	51 (58)	10 (41,7)	0,154
Tempo até ao parto (min.), <i>mediana</i>	413 (253-706)	510 (325-740)	0,17
Tipo de parto , <i>n (%)</i>			0,348
Eutócico	47 (53,4)	10 (40)	
Distócico	24 (27,3)	7 (28)	
Cesariana	17 (19,3)	8 (32)	
Episiotomia/Laceração 1º grau , <i>n (%)</i>	54 (61,4)	16 (64)	0,811
Laceração $\geq 2^{\circ}$ grau , <i>n (%)</i>	7 (8)	3 (12)	0,689
Recém Nascido			
Peso superior a 4 kg, <i>n (%)</i>	2 (2,3)	2 (8)	0,212
Comprimento > 50 cm, <i>n (%)</i>	21 (23,9)	8 (32)	0,411
Perímetro cefálico > 35 cm, <i>n (%)</i>	10 (11,4)	5 (20)	0,261

Puerpério (primeiras 24horas)

ENVD ≥ 4			
0-8h, <i>n (%)</i>	31 (35,2)	17 (68)	0,004
8-16h, <i>n (%)</i>	31 (35,2)	22 (88)	<0,001
16-24h, <i>n (%)</i>	28 (31,8)	22 (88)	<0,001
Analgesia em regime fixo			
Paracetamol, <i>n(%)</i>	28 (31,8)	15 (60)	0,012
Ibuprofeno, <i>n(%)</i>	66 (75)	18 (72)	0,694
Tramadol, <i>n(%)</i>	4 (4,5)	1 (4)	0,899
Morfina, <i>n(%)</i>	12 (13,6)	8 (32)	0,025
Ropivacaína, <i>n(%)</i>	2 (2,3)	0 (0)	1
Analgesia de resgate, <i>n (%)</i>	23 (26,1)	11 (44)	0,076
ENVD, <i>mediana</i>	2 (1-5)	6 (5-7)	<0,001
MQR, <i>n (%)</i>	5 (5,7)	7 (28)	0,001
Complicações no pós-parto, <i>n (%)</i>	15 (17)	9 (36)	0,041
Tempo de internamento, <i>mediana</i>	3 (2-3)	3 (2,5-4)	0,056

IMC - Índice de massa corporal; ASA - *American Society of Anesthesiologists*; ENVD - Escala numérica verbal da dor; MQR- Má qualidade de recobro; * Avaliada a partir do questionário de satisfação coma analgesia.

Tabela 4 - Qualidade de recuperação no pós-parto (QoR-15)

	Grupo I (n=88)	Grupo II (n=25)	<i>p</i>
1. Capaz de respirar facilmente	10 (10-10)	10 (10-10)	0,477
2. Capaz de apreciar a comida	10 (7-10)	7 (5-10)	0,121
3. Sentir-se descansado	7 (5-10)	5 (5-7)	0,025
4. Ter tido um bom sono	5 (2-8)	3 (0-6)	0,02
5. Capaz de tratar da higiene pessoal sem auxílio	10 (10-10)	10 (6-10)	0,002
6. Capaz de comunicar com familiares e amigos	10 (10-10)	10 (9-10)	0,055
7. Ter suporte por parte de médicos e enfermeiros	10 (10-10)	10 (8-10)	0,003
8. Capaz de regressar ao trabalho e às atividades domésticas	7 (5-10)	4 (1-8)	0,003
9. Sentir-se confortável e com controlo das situações	8 (7-10)	6 (5-8)	0,001
10. Sentir um bem estar geral	9 (7-10)	7 (5-10)	0,006
11. Dor moderada	8 (5-10)	2 (0-6)	<0,001
12. Dor grave	10 (10-10)	5 (1-8)	<0,001
13. Náuseas e vômitos	10 (10-10)	10 (8-10)	0,006
14. Sentir-se preocupada e ansiosa	10 (5-10)	5 (0-8)	<0,001
15. Sentir-se triste ou deprimido	10 (10-10)	10 (9-10)	0,057
TOTAL	128 (116-136)	106 (87-109)	<0,001

Tabela 5 - Satisfação global com a experiência de parto.			
PARTE I - Gravidez	Grupo I (n=82), %	Grupo II (n=25), %	<i>p</i>
Considero eu me foi fornecida informação adequada sobre o trabalho de parto	78 (95,1)	25 (100)	0,571
Considero eu me foi fornecida informação adequada sobre a analgesia disponível para o trabalho de parto	73 (89)	24 (96)	0,447
Foi importante ser um Anestesiologista a prestar esclarecimento sobre a analgesia epidural	75 (91,5)	23 (92)	0,699
Senti-me apoiada por parte da equipa de profissionais de saúde que acompanhou a gravidez	82 (100)	24 (96)	0,234
Senti-me apoiada por parte da família	82 (100)	25 (100)	1
De modo geral, estive envolvida na tomada de decisões	80 (97,6)	22 (88)	0,082
Sinto-me muito ansiosa com o parto	61 (74,4)	22 (88)	0,182
Tenho medo da dor no parto	63 (76,8)	19 (76)	0,932
PARTE II - Parto			
Senti-me sempre esclarecida e apoiada por parte da equipa dos profissionais de saúde	81 (98,8)	22 (88)	0,039
Senti empatia com os profissionais de saúde	80 (97,6)	22 (88)	0,082
De modo geral, senti que tinha o controlo sobre o que se estava a passar	66 (80,5)	19 (76)	0,627
De modo geral, estive envolvida na tomada de decisões.	78 (95,1)	21 (84)	0,084
Esperei muito tempo desde que solicitei a epidural até que a técnica foi executada	13 (15,9)	5 (20)	0,628
Após a epidural, fiquei satisfeita com a rapidez no alívio da dor	75 (91,5)	23 (92)	1

Após a epidural, a dor incomodou-me muito	16 (19,5)	7 (28)	0,366
No parto, a dor impediu que o nascimento do meu filho fosse como esperava	12 (14,6)	4 (16)	1
O facto de estar deitada na cama desagradou-me muito	18 (22)	6 (24)	0,83
O posicionamento para o parto foi o que desejava	67 (81,7)	20 (80)	0,848
Sinto-me satisfeita com a analgesia no pós-parto	74 (90,2)	21 (84)	0,469
Num parto futuro, desejo ter a mesma analgesia de parto	77 (93,9)	22 (88)	0,386
De modo geral, gostei da experiência que tive com o nascimento deste bebé	78 (95,1)	19 (76)	0,004

ANEXOS

I- PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

II- CONSENTIMENTO INFORMADO

III-FOLHA DE REGISTO DE TRABALHO DE PARTO

IV- FOLHA DE REGISTO DE FOLLOW UP ÀS 24H

V- QUESTIONÁRIO DA ADMISSÃO

VI- QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO GLOBAL COM A EXPERIÊNCIA
DE PARTO

VII- QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO COM ANALGESIA

VIII- QUESTIONÁRIO DE RECUPERAÇÃO (QOR-15)

IX- ESCALA NUMÉRICA VERBAL DA DOR (ENVD)

X - REGRAS DE SUBMISSÃO DO RESUMO/ ABSTRACT NO CONGRESSO
DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE ANESTESIOLOGIA (SPA)

XI- REGRAS DE PUBLICAÇÃO SOCIEDADE PORTUGUESA DE
ANESTESIOLOGIA (SPA)


I- PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

Unidade de Investigação


Tomei conhecimento. Nada a opor.

15 de Setembro de 2016

A Coordenadora da Unidade de Investigação


(Prof.ª Doutora Ana Azevedo)

Aprovado. Ao CA.


(Prof.ª Doutora Ana Azevedo)

DIRECÇÃO CLÍNICA 20/9/2016 211-16

AUTORIZADO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO (C.A.) DO CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO

Presidente do Conselho de Administração 22 SET 2016


(Dr. António Clemente Silva)

Director Clínico:  Vig.ª Executiva:  Vig.ª Executiva: 

Exmo. Senhor

Centro Hospitalar São João
Ao CA
com parecer


Centro Hospitalar São João
Dr. Carlos Lima Alves
Adjunto da Direcção Clínica

Presidente do Conselho de Administração do
Centro Hospitalar de São João, E.P.E.

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo/projecto de investigação

Nome do Investigador Principal: Alice Maria Rafael Pinto dos Santos

Título do projecto de investigação: Analgesia do neuro-eixo no Serviço de Obstetrícia: avaliação da sua eficácia, de complicações e do seu impacto na satisfação materna e na qualidade de recuperação

Pretendendo realizar no Serviço de Obstetrícia do Centro Hospitalar de São João - E.P.E. o estudo/projecto de investigação em epígrafe, solicita a V. Exa., na qualidade de Investigador/Promotor, autorização para a sua efectivação.

Para o efeito, anexa toda a documentação referida no dossier da Comissão de Ética do Hospital de S. João respeitante a estudos/projectos de investigação, à qual endereçou pedido de apreciação e parecer.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, ____ / ____ / 20__

O INVESTIGADOR/PROMOTOR

Comissão de Ética para a Saúde do Centro HSJ/FMUP
Parecer

Projeto de Investigação: "Analgesia do neuro-eixo no Serviço de Obstetrícia: avaliação da sua eficácia, de complicações e do seu impacto na satisfação materna e na qualidade de recuperação."

Investigadora Principal: Dr.ª Alice Maria Rafael Pinto dos Santos

Conceção e pertinência do estudo:

Trata-se de um estudo prospetivo, observacional a desenvolver no serviço de Obstetrícia, no qual a investigadora é assistente de anestesiologia, estando este autorizado pela Diretora do Serviço de Anestesiologia Dr.ª Fátima Pina (decl. anexa).

Tem como objetivos:

- Avaliar a eficácia da analgesia do neuro-eixo praticada no serviço de Obstetrícia;
- Estudar as suas complicações, o seu impacto na satisfação e na qualidade de recuperação.

O estudo vai ser desenvolvido no Serviço de Obstetrícia do Centro Hospitalar São João- EPE, estando autorizado pelo Diretor de Serviço Prof. Doutor Nuno Montenegro (Decl. anexa).

A amostra será constituída por todas as grávidas submetidas a técnica de analgesia do neuro-eixo, estando descritos os procedimentos de acesso às grávidas, cuja entrevista poderá ser realizada na admissão à sala de partos, aquando da observação por anestesiologia, ou após a execução da técnica epidural (situação de trabalho de parto avançado).

Para a constituição da amostra estão definidos critérios de inclusão e exclusão. Estão igualmente descritos quais os dados a recolher no pré-parto, do parto, do pós parto imediato (até 2 horas), do pós parto na enfermaria (1º dia pós-parto), avaliação da experiência de parto (30 dias) e avaliação 3 meses após o parto (contacto telefónico).

Para a colheita de dados são utilizados alguns Questionários, adaptados para a população portuguesa e em anexo, mormente:

- O Questionário de satisfação global com a experiência do parto;
- *Questionário de satisfação com analgesia;*
- *Quality of Recovery 15 (QoR15);*
- *Inventário Resumido da Dor*

Estão acutelados os procedimentos éticos inerentes ao tipo de estudo e metodologias utilizadas.

O CV da investigadora evidencia as competências técnicas e científicas para a execução do estudo.

Benefício / Risco:

Não são previstos benefícios imediatos a não ser uma vigilância mais apertada e monitorização de eventos.

Os procedimentos do estudo, não implicam quaisquer riscos, pois são os habituais, o tempo despendido para o preenchimento dos questionários.

Respeito pela liberdade e autonomia:

Está salvaguardada pelo modelo de Consentimento informado da CES e adequada informação ao participante no estudo.

Confidencialidade dos dados:

A proposta apresentada pela investigadora garante a confidencialidade dos dados e anonimato dos participantes.

Indemnização por danos

Não aplicável

Continuação do tratamento

Não aplicável.

Propriedade dos dados:

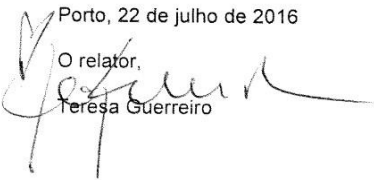
Não aplicável.

Conclusão:

De acordo com a análise efetuada, propõe-se à CES do Centro Hospitalar do São João/FMUP, um parecer favorável à realização do estudo.

Porto, 22 de julho de 2016

O relator,


Teresa Guerreiro


CEB

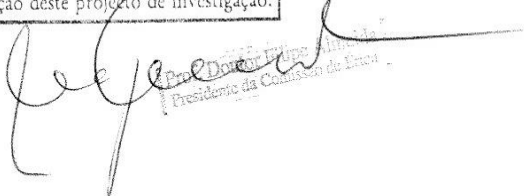
COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

8. TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, abaixo-assinado, Alice Maria Rafael Pinto dos Santos, na qualidade de Investigador Principal, declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (com as emendas de Tóquio 1975, Veneza 1983, Hong-Kong 1989, Somerset West 1996 e Edimburgo 2000) e da Organização Mundial da Saúde, no que se refere à experimentação que envolve seres humanos.

Porto, 05 / julho / 2016


O Investigador Principal

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DO HOSPITAL DE S. JOÃO	
emitido na reunião plenária da CES de <u>22</u> / <u>Julho</u> / <u>2016</u>	<div data-bbox="635 1518 976 1646">A Comissão de Ética para a Saúde APROVA por unanimidade o parecer do Relator, pelo que nada tem a opor à realização deste projeto de investigação.</div> <div data-bbox="699 1624 1225 1818"> Presidente da Comissão de Ética</div>

II- CONSENTIMENTO INFORMADO



SÃO JOÃO

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE

PARA INVESTIGAÇÃO CLÍNICA

Considerando a "Declaração de Helsínquia" da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996; Edimburgo 2000; Seul 2008; Fortaleza 2013)

Designação do Estudo (em português)

ANALISIA DO NEURO-EIXO NO SERVIÇO DE OBSTETRICIA:
PUBLICAÇÃO DA SUA EFICÁCIA, DE COMPLICAÇÕES E DO SEU IMPACTO
NA SATISFAÇÃO MATERNA E NA QUALIDADE DE RECUPERAÇÃO

Confirmando que expliquei ao participante/representante legal, de forma adequada e compreensível, a investigação referida, os benefícios, os riscos e possíveis complicações associadas à sua realização.

Informação escrita em anexo: ☐ Não ☒ Sim (Nº de páginas 1)

O Investigador responsável

Nome: PUCE RAFAEL SANTOS

legível

[Assinatura]
assinatura

Identificação do participante

Nome: _____

BI/CC nº: _____

Participante/Representante legal

- Compreendi a explicação que me foi facultada acerca do estudo que se tenciona realizar: os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto.
- Solicitei todas as informações de que necessitei, sabendo que o esclarecimento é fundamental para uma boa decisão.
- Fui informado da possibilidade de livremente recusar ou abandonar a todo o tempo a participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que é prestada.
- Declaro não ter sido incluído em nenhum outro projeto de investigação nos últimos três meses.

Concordo com a participação neste estudo, de acordo com os esclarecimentos que me foram prestados, como consta neste documento, do qual me foi entregue uma cópia.

Data: ____/____/____

assinatura

Nome (Pais/Representante legal): _____

BI/CC nº: _____

Grau de parentesco: _____

Data: ____/____/____

assinatura

[illegible]

Alt. FC fetal (Brad./Taqui)												
-----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Outra medicação no trabalho de parto e hora: _____

Complicações da analgesia: Re-colocação de cateter ☐ Cateter intravascular ☐
 Punção da dura ☐ Convulsão ☐

Parto

Hora: _____

Duração do trabalho de parto vigiado: _____

Tipo de parto: Espontâneo ☐ Induzido ☐ (tempo de indução até epidural: _____)

Fármaco de indução: _____

Eutócico ☐ Ventosa ☐ Cesariana ☐

Episiotomia: Sim ☐ Não ☐

Complicações: Laceração ☐ Hematoma ☐ Distocia de ombros ☐

Outra _____

Medicação após o parto: _____

Hora da última administração epidural/suspensão da analgesia do NE: _____

Hora da remoção do cateter epidural: _____

RN

Apgar: _____

Destino: Puerpério ☐ Neonatologia ☐ OUTRO _____ ☐

Variedade da apresentação: _____

Peso _____ gr

Comprimento _____ cm

Perímetro cefálico _____ cm

IV - FOLHA DE REGISTO DE FOLLOW UP ÀS 24H

FOLHA DE REGISTO: *FOLLOW-UP* ÀS 24HORAS

Identificação e Telefone

PUERPÉRIO	8-16H	16-24H	24H
TA (média)			
VNPS (dor)			
Nauseas/vômitos (Sim/Não)			
Temperatura (°C)			
Prurido (Sim/Não)			

Medicação analgésica efetuada:

Complicações anestésicas:

Complicações obstétricas:

Complicações com o RN:

V - QUESTIONÁRIO DA ADMISSÃO

Parte I (admissão) – Gravidez	Sim	Não	Não responde	0-10
Considero que me foi fornecida informação adequada sobre o trabalho de parto.				
Considero que me foi fornecida informação adequada sobre a analgesia disponível para o trabalho de parto.				
Foi importante ser um Anestesiologista a prestar esclarecimento sobre a analgesia epidural.				
Senti-me apoiada por parte da equipa de profissionais de saúde que acompanhou a gravidez.				
Senti-me apoiada pela família.				
De modo geral, estive envolvida na tomada de decisões.				
Sinto-me muito ansiosa com o parto.				
Tenho medo da dor do parto.				

VI - QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO GLOBAL COM A EXPERIÊNCIA DE PARTO

Questionário de satisfação global com a experiência do parto

Parte II (24h) – Parto	Sim	Não	Não responde	0-10
Senti-me sempre esclarecida e apoiada por parte dos profissionais de saúde.				
Senti empatia com os profissionais de saúde.				
De modo geral, senti que tinha o controlo sobre o que se estava a passar.				
De modo geral, estive envolvida na tomada de decisões.				
Esperei muito tempo desde que solicitei epidural até que a técnica foi efetuada.				
Após a epidural, fiquei satisfeita com a rapidez no alívio da dor.				
A dor após a analgesia epidural incomodou-me muito.				
No parto, a dor impediu que o nascimento do meu filho fosse como esperava.				
O facto de estar deitada na cama desagradou-me muito.				
O posicionamento para o parto foi o que desejava.				
Sinto-me satisfeita com a analgesia no pós-parto.				
Num parto futuro, desejo ter a mesma analgesia de parto.				
De modo geral, gostei da experiência que tive com o nascimento deste bebé.				

VII- QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO COM ANALGESIA

Questionário de satisfação com analgesia

Este questionário deverá ser preenchido na sala de partos enquanto aguarda pela transferência para a enfermaria.

Antes de responder às questões do inquérito gostaríamos que avaliasse a sua satisfação global com a analgesia de parto que lhe foi prestada. Assim, de 0 a 10 como classifica a sua satisfação com a analgesia (sendo que 0 é muitíssimo insatisfeita e 10 é muitíssimo satisfeita)? _____

	Discordo totalmente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo totalmente
A colocação da epidural foi confortável.					
Após a epidural, não senti dor até começar a puxar.					
No período expulsivo, enquanto puxava não senti dor.					
Durante o trabalho de parto, a medicação analgésica que recebi foi suficiente.					
A dormência nas pernas incomodou-me.					
O prurido/"comichão" incomodou-me.					
O <i>shivering</i> /"tremor" incomodou-me.					
Devido à medicação epidural não foi capaz de puxar.					
De modo geral, a minha epidural funcionou bem.					
Gostaria de receber novamente esta analgesia se tivesse outro bebé.					

Após preencher o inquérito coloque-o dentro do envelope e feche-o. Entregue, por favor, o envelope ao Anestesiologista que na enfermaria lhe perguntar por ele.

Obrigada pela sua participação!

Como se tem sentido nas últimas 24	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

[illegible]

VIII- ESCALA DA DOR (VNPS)

Escala Numérica

Sem Dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor Máxima
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

A Escala Numérica consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10.

Esta régua pode apresentar-se ao doente na horizontal ou na vertical.

Pretende-se que o doente faça a equivalência entre a intensidade da sua Dor e uma classificação numérica, sendo que a 0 corresponde a classificação "Sem Dor" e a 10 a classificação "Dor Máxima" (Dor de intensidade máxima imaginável).

A classificação numérica indicada pelo doente será assinalada na folha de registo.

In "Direcção-Geral da Saúde Circular Normativa Assunto: A Dor como 5º sinal vital.
Registo sistemático da intensidade da Dor Nº 09/DGCG Data: 14/06/2003"

X- REGRAS DE SUBMISSÃO DO RESUMO/ ABSTRACT NO CONGRESSO DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE ANESTESIOLOGIA (SPA)

REGULAMENTO

Condições prévias para submissão

1. Ao submeterem uma comunicação científica, os autores terão de respeitar as exigências que se seguem, tendo em atenção que o processo de submissão online só poderá ser completado uma vez cumpridas essas exigências:

- a. Os resumos podem ter sido previamente apresentadas em reuniões locais de serviço ou departamento, ou em reuniões científicas de uma subespecialidade ou ainda em congressos internacionais. Não se aceitam comunicações de trabalhos previamente apresentados em congressos de âmbito nacional, nem que tenham sido publicados previamente, sob a forma de artigo, em revistas indexadas.
- b. Os estudos que envolvam animais ou humanos devem ser conduzidos de acordo com as regras europeias sobre ética em investigação humana ou animal. Deve ser explicitamente indicada a aprovação de um comité de revisão local, comissão de ética ou afim, no caso dos estudos envolvendo animais ou humanos, sendo obrigatório anexar documento comprovativo da respetiva aprovação. Para os estudos em humanos deve ser explicitamente indicado que foi obtido consentimento informado por parte dos participantes. Nos casos em que as autoridades competentes tenham declarado poder-se prescindir dessa aprovação, haverá, na submissão eletrónica, um espaço para os autores assinalarem essa eventual não-aplicabilidade da obtenção de autorização por parte de uma comissão de ética ou afim.
- c. As submissões de casos clínicos implicam a obtenção de consentimento informado. Quaisquer conflitos de interesse dos autores, nomeadamente envolvendo a indústria farmacêutica e médica ou interesses financeiros deverão ser expressamente declarados, devendo ser explicado em que consistem.
- d. Os autores têm que declarar transferir para a SPA os direitos de autor referentes à publicação da comunicação num suplemento da revista da SPA.
- e. Deve ser declarado que todos os autores tomaram conhecimento da submissão e aprovam o seu conteúdo.
- f. Se for submetido um caso clínico em que o primeiro autor é de uma instituição diferente daquela em que ocorreu o caso, que o primeiro autor confirma que existe um conhecimento tácito e anuência do diretor de serviço ou departamento onde o caso ocorreu.
- g. Que os autores assumem a responsabilidade pela obtenção das autorizações devidas à eventual utilização de imagens.

Regras gerais de submissão e aceitação dos resumos

1. Os resumos podem ser submetidos por profissionais de saúde ou investigadores de qualquer nacionalidade.
2. São aceites comunicações científicas em qualquer área da anestesiologia, tratamento da dor, medicina de emergência, trauma, cuidados intensivos, epidemiologia e ciências básicas relacionadas com estas áreas, ou que se enquadrem nas categorias abaixo indicadas.
3. Poderão ser aceites casos clínicos, mas não serão aceites simples revisões de literatura científica baseadas num caso clínico, bem como outras revisões de literatura, estudos-piloto ou planos para projetos de investigação.
4. Língua: as comunicações e os trabalhos a apresentar podem ser redigidos em Português ou Inglês.
5. Os resumos são submetidos apenas por via eletrónica, através da página de internet da SPA. As comunicações enviadas por correio eletrónico, fax, correio postal ou entregues em mão, não serão aceites.
6. A submissão terá de indicar o nome completo do primeiro autor, a identificação e endereço postal da sua instituição, o seu número de telemóvel, o seu endereço de correio eletrónico, o telefone de contacto na sua instituição e uma fotografia que o identifique. Na submissão da comunicação é obrigatório anexar a fotografia do primeiro autor, sem o que a submissão não poderá ser concretizada.
7. São aceites até um máximo de seis autores por comunicação, os quais devem ter tido uma participação relevante no trabalho apresentado.
8. Deve ser indicado o nome do apresentador no congresso, caso a comunicação seja aceite.
9. O apresentador da comunicação, caso seja aceite, terá direito a um certificado que o identifica como “apresentador” indicando o nome de todos os autores. Se na altura do congresso não puder, por motivos de força maior, apresentar a comunicação terá de apresentar uma justificação por escrito mediante a qual a organização poderá aceitar que se faça substituir por um outro autor para a apresentação no congresso (como “poster” e eventualmente na forma “oral”).
10. O título e corpo da comunicação, bem como a legenda das ilustrações, não podem conter nenhuma referência ao local onde o estudo foi desenvolvido ou onde ocorreu o caso clínico, nem a qualquer outra instituição ou região geográfica que permita identificar a origem do texto sob pena de impedir que seja feita a sua avaliação.
11. Os autores deverão classificar a sua comunicação numa das categorias indicadas no formulário de submissão online, e em que a sua comunicação melhor se enquadre. No entanto, a SPA reserva-se o direito de decidir sobre a categoria final de classificação. As categorias são as mesmas da ESA, a saber:
 - a. Prática baseada na evidência e melhoria da qualidade (Evidence-based Practice and Quality Improvement)

- b. Anestesia em ambulatório (Ambulatory Anaesthesia)
 - c. Monitorização, equipamento e computadores (Monitoring: Equipment and Computers)
 - d. Circulação (clínica e experimental) (Clinical and Experimental Circulation)
 - e. Respiração (Respiration)
 - f. Transusão e hemostase (Transfusion and Haemostasis)
 - g. Neurociências (Neurosciences)
 - h. Anestesia Regional (Regional Anaesthesia)
 - i. Farmacologia (Pharmacology)
 - j. Anestesia e Cuidados Intensivos Pediátricos (Paediatric Anaesthesia and Intensive Care)
 - k. Anestesia Obstétrica (Obstetric Anaesthesia)
 - l. Medicina Intensiva (Intensive Care Medicine)
 - m. Reanimação e Medicina de Emergência (Resuscitation and Emergency Medicine)
 - n. Manejo da dor aguda e crónica (Acute and Chronic Pain Management)
 - o. Educação, Investigação e Apresentações (Education, Research and Presentation)
 - p. Ética
 - q. Segurança dos doentes (Patient Safety)
 - r. Cuidado perioperatório do idoso (Perioperative Care of the Elderly)
 - s. Manejo da via aérea (Airway Management)
12. O corpo do resumo não deve exceder os 2500 caracteres sem espaços, e deve ser utilizado para a escrita do texto uma letra universal, como o Arial, para que caracteres especiais não sejam perdidos aquando da transposição online.
 13. Poderão ser enviadas imagens, gráficos ou ilustrações com a comunicação, num máximo de três. No caso das comunicações selecionadas e a publicar no suplemento da revista da SPA, as fotografias ou imagens a cores poderão, no entanto, vir a ser publicadas apenas em coloração preto e branco, por decisão editorial.
 14. A verificação da ortografia é da responsabilidade dos autores, e não será feita nenhuma edição do texto. Ortografia não revista poderá ser um critério de não-aceitação da comunicação.

15. Submissões que não respeitem as regras acima indicadas serão automaticamente rejeitadas.
16. Até 3 dias após a submissão online, o primeiro autor receberá uma notificação por correio eletrónico da boa receção da mesma.
17. O autor poderá alterar ou corrigir o seu resumo original até à data-limite de submissão. Nesta situação, deve fazer referência a este facto.
18. As submissões que respeitem estas regras serão analisadas por três revisores designados pela comissão científica do congresso da SPA. Os nomes de todos os revisores serão publicados na página eletrónica da SPA.
19. Os revisores recomendam, ou não, a aceitação do resumo ao presidente do júri, a quem cabe a decisão final. O primeiro autor tomará conhecimento da decisão através de uma mensagem de correio eletrónico, enviada para o endereço indicado na submissão, até à data limite indicada nos prazos acima referidos.
20. Todos os resumos de comunicações selecionadas serão apresentados no congresso da SPA no formato de poster.

a. POSTERS

1. Todas os resumos que preencham os critérios definidos e aceites pela comissão de revisores, serão apresentadas na forma de poster.
2. Os posters serão discutidos um a um por um ou mais membros da comissão de revisores numa sessão de apresentação de posters. As datas e horários das sessões de apresentação de posters serão comunicadas ao primeiro autor até uma semana antes da data de início do congresso.
3. O primeiro autor deverá fazer uma apresentação oral diante do poster. Esta apresentação deverá ser efetuada no máximo em 4 minutos e será seguida de discussão num máximo de 4 minutos.
4. As dimensões dos posters são (altura 1,00m; largura 0,80m).
5. A elaboração dos posters e a forma de fixação dos mesmos é da responsabilidade dos autores.
6. Sugere-se a utilização de separatas ou “handouts” em formato A4, a ser utilizada como ferramenta de divulgação por parte dos autores. A organização disponibilizará uma bolsa no local de afixação para a sua distribuição.

b. COMUNICAÇÕES ORAIS

1. De entre os resumos aceites, serão selecionados os melhores oito resumos envolvendo estudos clínicos ou similares e os dois melhores resumos de casos clínicos os quais terão o destaque de uma apresentação oral, que terá lugar numa sessão própria do

congresso com recurso a projeção de “slide show” através de computador em grande tela.

2. O primeiro autor será informado por correio eletrónico se o seu resumo foi aceite para apresentação apenas em poster ou para apresentação em poster e comunicação oral. O tempo disponível para a apresentação oral é idêntico ao do poster (4 minutos + 4 minutos de discussão).

3.

Não será permitida a utilização de computadores pessoais para a apresentação, e o formato dos ficheiros deverá ser Microsoft PowerPoint para Windows, versão 2010 ou superior.

21. A SPA atribuirá um diploma de qualidade para os resumos que forem selecionados como comunicações orais, reservando-se a possibilidade de atribuir ou não prémios pecuniários ou outros.

22. Todos os resumos aceites serão publicados num suplemento da revista da SPA em formato eletrónico ou em papel.

Sobre a submissão de estudos clínicos ou similares

1. As comunicações dos estudos clínicos e não clínicos devem ser redigidas do seguinte modo, sendo que cada um dos itens deve iniciar um novo parágrafo ou linha:

- a. Título
- b. Autores com nome(s) próprio(s) e apelido por extenso. Os nomes dos autores são separados por vírgulas. Exemplo: José Silva, Rita Silva, Maria José Silva
- c. Identificação das instituições a que os autores pertencem
- d. Introdução
- e. Metodologia
- f. Resultados
- g. Discussão e Conclusões (podem ser itens separados)
- h. Referências

2. Sobre os vários itens dos estudos clínicos e não clínicos:

- a. As afirmações que não resultem dos resultados do trabalho em causa devem ser sustentadas em referências classificadas e numeradas por ordem de entrada no texto até um máximo de 3.
- b. A introdução deve ser breve e explicar claramente o motivo pelo qual o trabalho foi realizado e quais os seus objetivos principais.

- c. A metodologia deve expor claramente os métodos e materiais utilizados no trabalho, tornando clara a forma como foi realizado. Deve ser dito qual o equipamento usado, qual o tipo de análise estatística efetuada e definido o modo como são apresentados os resultados.
- d. Os resultados são essenciais e devem apresentar com clareza os resultados mais importantes que foram obtidos.
- e. A discussão e conclusões devem ser breves. Deve fazer-se uma análise crítica dos resultados e resumir as conclusões do trabalho, sem inferir ou especular sobre hipotéticas conclusões.
- f. As referências devem indicadas no texto conforme acima referido. Não é necessário indicar o nome dos autores nem o título do artigo. Basta indicar o nome da revista, ano de publicação, volume e páginas. Exemplo: *Eur J Anesthesiol.* 2005; 22: 843-47.
- g. Submissões que não respeitem estas regras serão rejeitadas. Não esquecer que o corpo da comunicação não deve identificar local ou instituições onde o estudo tenha ocorrido.

Sobre a submissão de casos clínicos

1. Sobre os casos clínicos:

- a. Valorizam-se os casos clínicos que relatem ocorrências com elementos importantes de novidade ou originalidade. Casos relatando o manejo anestésico sem intercorrências de um portador de alguma doença rara, não acrescentam originalidade ou novidade pelo que não são valorizados, a menos que sejam uma série de casos.
- b. As comunicações de casos clínicos devem ser redigidas do seguinte modo, sendo que cada um dos itens deve iniciar um novo parágrafo ou linha:
 - i. Título
 - ii. Autores com nome próprio e apelido por extenso. Os nomes dos autores são separados por vírgulas. Exemplo: José Silva, Rita Silva, Maria José Silva
 - iii. Identificação das instituições a que os autores pertencem
 - iv. Introdução (em que se devem fundamentar afirmações que sustentem a relevância do caso, com referências até um máximo de 3). Deve ser breve e explicar claramente o motivo pelo qual o trabalho foi apresentado e a sua relevância.
 - v. Discussão (deve fazer-se uma análise crítica do caso e resumir a importância do mesmo e os ensinamentos que nos traz)
 - vi. Referências. As referências devem referenciadas no texto conforme acima referido. Não é necessário indicar o nome dos autores nem o título do . Basta indicar o nome da revista, ano de

publicação, volume e páginas. Exemplo: Eur J Anesthesiol. 2005; 22: 843-47.

- vii. Submissões que não respeitem estas regras serão rejeitadas.
- c. Alguns locais de consulta na web sobre este tema:
 - i. [Guidelines to the writing of case studies](#)
 - ii. [Writing a medical case report](#)

Disposições finais

Quaisquer dúvidas sobre aspetos deste regulamento ou em situações omissas, deverão ser colocadas por [correio eletrónico](#).

X- REGRAS DE PUBLICAÇÃO SOCIEDADE PORTUGUESA DE ANESTESIOLOGIA (SPA)

GUIA PARA AUTORES

Âmbito e Objetivos

A Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia (RSPA) é editada desde 1985 e é o órgão oficial da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia.

A RSPA pretende informar e melhorar a qualidade científica e profissional dos anestesiológicos.

A RSPA publica artigos considerados de interesse nas seguintes áreas: Anestesia para procedimentos cirúrgicos e exames complementares de diagnóstico e tratamentos invasivos, Medicina Perioperatória, Medicina Intensiva, Medicina de Emergência e Medicina da Dor, Simulação Médica bem como das Ciências Básicas. Publica, ainda, artigos de interesse em outras áreas, tais como a Educação Médica, a Bioética, a Ética Médica ou a História da Anestesiologia.

Publica artigos Originais, de Educação Médica Contínua, de Revisão, de Consenso, Casos Clínicos, Cartas ao Editor, Editoriais, Perspetivas e Imagens em Anestesiologia. Os critérios para publicação são o mérito científico, a originalidade e o interesse para uma audiência multidisciplinar.

Todos os manuscritos submetidos estão sujeitos a revisão por pares com o objetivo de garantir que a revista publica apenas artigos de qualidade.

A RSPA é propriedade da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia, mas tem independência editorial. O Editor-chefe da RSPA é, desde 2012, o Dr. António Augusto Martins.

A revista é editada trimestralmente e é publicada eletronicamente desde 2006. Está disponível em acesso livre em <http://www.spanestesiologia.pt/> e em <http://revistas.rcaap.pt/anestesiologia>

Audiência

A principal audiência é composta pelos médicos dedicados às áreas da Anestesiologia: Anestesia para procedimentos cirúrgicos e exames complementares de diagnóstico e tratamentos invasivos, Medicina Perioperatória, Medicina Intensiva, Medicina de Emergência e Medicina da Dor, Simulação Médica bem como das Ciências Básicas, Bioética, Ética Médica ou História da Anestesiologia. Outros profissionais da saúde como médicos de outras áreas de intervenção, enfermeiros ou paramédicos poderão encontrar na publicação artigos de interesse para a sua atividade.

Indexação

Os artigos publicados na revista são indexados por:

- IndexRMP: Index das Revistas Médicas Portuguesas
- RCAAP: Repositório Científico de Acesso Aberto em Portugal

Patrocínios

Os patrocinadores da revista são empresas da indústria farmacêutica ou outras que geram receitas através da publicidade. Não é permitida a influência da publicidade sobre as decisões editoriais. Outras despesas são suportadas pela Sociedade Portuguesa de Anestesiologia.

Razão para Publicar na RSPA

- Órgão oficial da sociedade científica nacional da especialidade – a Sociedade Portuguesa de Anestesiologia
- Política de publicação com arbitragem científica por pares
- Indexação no Repositório Científico de Acesso Aberto em Portugal – RCAAP e no Index das Revistas Médicas Portuguesas – IndexRMP
- Multidisciplinaridade do público-alvo
- Tempo médio para a primeira decisão no prazo de 10 dias
- Máxima visibilidade com a publicação em livre acesso
- Ausência de custos de submissão ou publicação

Normas de Publicação

Informação Geral

A Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia (RSPA) é uma revista em open access que publica artigos com arbitragem científica cobrindo todos os temas da Anestesiologia ou com ela relacionados.

A RSPA publica artigos Originais, de Educação Médica Contínua, de Revisão, de Consenso, Casos Clínicos, Cartas ao Editor, Editoriais, Perspetivas e Imagens em Anestesiologia.

A Revista rege-se de acordo com as normas de edição biomédicas elaboradas pela Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors ICMJE), disponível em <http://www.ICMJE.org> e do Committee on Publication Ethics (COPE).

A política editorial da Revista incorpora no processo de revisão e publicação as Recomendações de Política Editorial (Editorial Policy Statements) emitidas pelo Conselho de Editores Científicos (Council of Science Editors), disponíveis em <http://www.councilscienceeditors.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=3331>, que cobre responsabilidades e direitos dos editores das revistas com arbitragem científica.

O rigor e a exatidão dos conteúdos, assim como as opiniões expressas são da exclusiva responsabilidade dos Autores.

A RSPA tem instruções e orientações específicas para a apresentação de artigos. Por favor, leia e analise com cuidado.

Os artigos que não são apresentados de acordo com as nossas instruções e orientações têm maior probabilidade de serem rejeitados.

Os artigos propostos não podem ter sido objeto de qualquer outro tipo de publicação. As opiniões expressas são da inteira responsabilidade dos autores.

Copyright

Quando o artigo é aceite para publicação é obrigatório a submissão de um documento digitalizado, assinado por todos os Autores, com a partilha dos direitos de autor entre autores e a RSPA, conforme minuta publicada em anexo:

Editor

da Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia

O(s) Autor(es) certifica(m) que o manuscrito intitulado:

_____ (ref.RSPA__) é original, que todas as afirmações apresentadas como factos são baseados na investigação do(s) Autor(es), que o manuscrito, quer em parte quer no todo, não infringe nenhum copyright e não viola nenhum direito da privacidade, que não foi publicado em parte ou no todo e que não foi submetido para publicação, no todo ou em parte, noutra revista, e que os Autores têm o direito ao copyright.

Todos os Autores declaram ainda que participaram no trabalho, se responsabilizam por ele e que não existe, da parte de qualquer dos Autores conflito de interesses nas afirmações proferidas no trabalho.

Os Autores, ao submeterem o trabalho para publicação, partilham com a RSPA todos os direitos a interesses do copyright do artigo.

Todos os Autores devem assinar

Data: _____

Nome (maiúsculas): _____

Assinatura: _____

A RSPA reserva-se o direito de comercialização do artigo enquanto parte integrante da revista (na elaboração de separatas, por exemplo). O autor deverá acompanhar a carta de submissão com a declaração de cedência de direitos de autor para fins comerciais.

Relativamente à utilização por terceiros a Revista da SPA rege-se pelos termos da licença Creative Commons “Atribuição – uso Não-Comercial – Proibição de Realização de Obras derivadas (by-nc-nd)”.

Após publicação na RSPA, os autores ficam autorizados a disponibilizar os seus artigos em repositórios das suas instituições de origem, desde que mencionem sempre onde foram publicados.

Autoria

A revista segue os critérios de autoria do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE).

Cada manuscrito deve ter um “Autor Correspondente”. Porém, todos os autores devem ter participado significativamente no trabalho para tomar responsabilidade pública sobre o conteúdo e o crédito da autoria.

Autores são todos os que:

- Têm uma contribuição intelectual substancial, direta, no desenho e elaboração do artigo
- Participam na análise e interpretação dos dados
- Participam na escrita do manuscrito, revendo os rascunhos; ou na revisão crítica do conteúdo; ou na aprovação da versão final

Autoria requer uma contribuição substancial para o manuscrito, sendo pois necessário especificar o contributo de cada autor para o trabalho. Ser listado como autor, quando não cumpre os critérios de elegibilidade, é considerado fraude.

O alinhamento final dos autores deve ser determinado por todos os autores antes da submissão e não pode ser alterada sem uma explicação por escrito e assinada por todos os autores.

Todos os que contribuíram, mas que não encaixam nos critérios de autoria, devem ser listados nos agradecimentos (com a sua autorização por escrito).

Língua

Os artigos devem ser redigidos em português (de acordo com o novo acordo ortográfico) ou em inglês.

Conflito de Interesses

Os Autores devem declarar potenciais conflitos de interesse. Os autores são obrigados a divulgar todas as relações financeiras e pessoais que possam enviesar o trabalho.

Para prevenir ambiguidade, os autores têm que explicitamente mencionar se existe ou não conflitos de interesse.

Essa informação será mantida confidencial durante a revisão do manuscrito pelos revisores e não influenciará a decisão editorial, mas será publicada se o artigo for aceite.

Submissão

A RSPA aceita submissões online via “submissões Online” <http://revistas.rcaap.pt/anestesiologia>.

Todos os campos solicitados no sistema de submissão online terão de ser respondidos. Após submissão do manuscrito o autor receberá a confirmação da receção e um número para o manuscrito.

Submissão do manuscrito significa que o trabalho é original e que ainda não foi publicado em todo ou em parte e, se for aceite, não será publicado noutra local em todo ou em parte.

A RSPA reserva-se o direito de utilizar um software de deteção de plágio em qualquer manuscrito submetido.

Arbitragem Científica / Peer Review

A RSPA segue um rigoroso processo cego (single-blind) de revisão por pares (peer review).

Todos os manuscritos passam por avaliação do editor-chefe que os pode recusar, nesta fase, sem recurso a opinião dos revisores.

Todos os manuscritos que não estejam em conformidade com as instruções aos autores podem ser devolvidos para modificações, antes de serem revistos pelos consultores científicos.

A aceitação final é da responsabilidade do editor científico.

As Cartas ao Editor ou Editoriais serão avaliados pelo Conselho Editorial, mas também poderá ser solicitada uma revisão externa. Sem revisão pelos pares serão publicadas mensagens do Presidente da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia (SPA), resumos de posters/comunicações aceites para apresentação nas reuniões científicas organizadas pela SPA, assim como documentos oficiais da sociedade.

Na avaliação, os artigos poderão ser:

- a) Aceites sem alterações
- b) Aceites após modificações propostas pelos consultores científicos
- c) Recusados

Apenas serão aceites manuscritos que contenham material original que não estejam ainda publicados, na íntegra ou em parte, e que não tenham sido submetidos para publicação noutros locais.

Após a receção do manuscrito, o editor-chefe envia-o a dois revisores, caso o manuscrito esteja de acordo com as instruções aos autores e se enquadre na política editorial.

No prazo máximo de quatro semanas, o revisor deverá responder ao editor-chefe indicando os seus comentários relativos ao manuscrito sujeito a revisão, e a sua sugestão quanto à aceitação, revisão ou rejeição do trabalho. Num prazo de 10 dias o Conselho Editorial tomará uma decisão que poderá ser: aceitar o artigo sem modificações; envio dos comentários dos revisores para que os autores procedam de acordo com o indicado; rejeição.

Quando são propostas alterações os Autores dispõem de 15 dias (prazo que pode ser alargado a pedido dos autores) para submeterem a nova versão revista do manuscrito, contemplando os comentários dos revisores e do conselho editorial. Respondendo a todas as questões colocadas e uma versão revista do artigo, com as alterações inseridas destacadas com cor diferente.

O editor-chefe dispõe de 10 dias para tomar a decisão sobre a nova versão: rejeitar ou aceitar a nova versão, ou submetê-la a uma nova apreciação por um ou mais revisores.

No caso da aceitação, em qualquer das fases anteriores, a mesma será comunicada ao Autor Correspondente.

Na fase de revisão de provas tipográficas pelos autores, não serão aceites alterações de fundo aos artigos. A inclusão destas alterações pode motivar a rejeição posterior do artigo por decisão do Editor-Chefe.

Em todos os casos os pareceres dos revisores serão integralmente comunicados aos autores no prazo de 6 a 8 semanas a partir da data da receção do manuscrito.

Instruções aos Autores

O manuscrito deve ser acompanhado de declaração de originalidade e de cedência dos direitos de propriedade do artigo, assinada por todos os Autores.

O texto, escrito a dois espaços, com letra tamanho 12, Times New Roman e com margens não inferiores a 2,5 cm, em Word para Windows. Todas as páginas devem ser numeradas. O manuscrito não pode ser submetido em formato PDF.

Os Autores devem categorizar o “artigo” submetido como Artigo Original, de Educação Médica Contínua, de Revisão, de Consenso, Caso Clínico, Carta ao Editor, Editorial, Perspetiva ou Imagem em Anestesiologia.

Antes da submissão do manuscrito, os autores têm que assegurar todas as autorizações necessárias para a publicação do material submetido.

A transcrição de imagens, quadros ou gráficos de outras publicações deverá ter a prévia autorização dos respetivos detentores de copyright, de acordo com as normas que regem os direitos de autor.

Todas as investigações que envolvem seres humanos devem ter sido aprovadas previamente por comissões de ética das instituições a que pertencem os autores e terem

sido desenvolvidas de acordo com a Declaração de Helsínquia da World Medical Association (<http://www.wma.net>).

A declaração relativa à aprovação e consentimento institucional deverá aparecer no início da secção Material e Métodos.

Se se trata de investigação animal os autores devem estar atentos ao Decreto-lei 129/72 de 6/7/92, à Portaria 1005/92 de 23/10/92 e estar de acordo com as guidelines definidas no “Guide for the care and use of laboratory animals” disponível em <http://grants.nih.gov/grants/olaw/Guide-for-the-Care-and-Use-of-Laboratory-Animals.pdf>

Se forem usadas fotografias de doentes, estes devem ter a identidade resguardada ou as fotografias devem ser acompanhadas por uma permissão escrita.

Detalhes de identificação devem ser omitidos, se não essenciais, mas nunca devem ser alterados ou falsificados na tentativa de manter o anonimato.

Devem ser sempre utilizados os nomes genéricos dos medicamentos, excepto quando nome comercial é particularmente relevante.

Estrutura – os textos submetidos para publicação devem ser organizados da seguinte forma:

Primeira página

Deve incluir a seguinte informação:

- a) Título em português e inglês, conciso e informativo. Se necessário, pode ser usado um complemento de título.
- b) Nome dos Autores com os títulos académicos e/ou profissionais e respectiva afiliação (departamento, instituição, cidade, país)
- c) Subsídio(s) ou bolsa(s) que contribuíram para a realização do trabalho
- d) Morada e correio electrónico do Autor responsável pela correspondência relativa ao manuscrito
- e) Título breve para rodapé

Segunda página

- a) Título (sem autores)
- b) Resumo em português e inglês

O Resumo para o Artigo Original deve ser estruturado da seguinte forma: Introdução, Material e Métodos, Resultados, Discussão e Conclusões, e não deve exceder as 250 palavras.

O resumo de educação médica contínua e de revisão não deve exceder as 400 palavras – será estruturado.

O resumo do caso clínico está limitado a 150 palavras e os resumos de consenso estão limitados a 350 palavras, todos não estruturados.

c) Palavras-chave em português e em inglês (Keywords). Um máximo de 10 palavras-chave, utilizando a terminologia que consta no Medical Subject Headings (MeSH), www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html, deve seguir-se ao resumo.

Na terceira página e seguintes

O artigo deve ser incluído num dos seguintes itens:

Artigo Original

Artigo de investigação original que deve incluir as seguintes secções: Introdução (incluindo Objetivos), Material e Métodos, Resultados, Discussão e Conclusões, Agradecimentos (se aplicável), Referências, Tabelas e Figuras.

O Artigo Original não deverá exceder as 4 000 palavras, excluindo referências e ilustrações. O texto deve ser acompanhado de ilustrações, com um máximo de 6 figuras/tabelas e 40 referências bibliográficas.

Manuscritos reportando estudos randomizados e controlados devem seguir o CONSORT Statement <http://www.consort-statement.org/>

Manuscritos reportando ensaios clínicos devem seguir os critérios do ICMJE <http://www.icmje.org/>.

Adesão ao QUORUM Statement (Quality of Reporting of Meta-analysis) e o ao STARD (Standards for Reporting of Diagnostic Accuracy), que guiam os autores sobre a informação que deve ser incluída para permitir que os leitores e revisores avaliem o rigor e transparência da investigação.

A contagem da palavra: até 4 000

Resumo estruturado: Sim e até 250 palavras

Tabelas / Figuras: até 6

Referências: até 40

Artigo de Educação Médica Contínua

Artigo sobre temas de grande interesse científico, com o objetivo de atualização.

O texto não deve exceder as 3 500 palavras, excluindo ilustrações e referências. Deve ter no mínimo 30 referências bibliográficas recentes, sendo permitidas no máximo 10 ilustrações. No final do texto deve ser incluído um teste com questões para avaliação do que aprendeu.

A contagem da palavra: até 3 500

Resumo estruturado: Sim e até 400 palavras

Tabelas / Figuras: até 10

Referências: até 30

Artigo de Revisão Sistemática

A revisão sistemática deve seguir o formato: Introdução (inclui a justificação e objetivo do artigo), Métodos, Resultados, Discussão e Conclusões. O assunto deve ser claramente definido. O objetivo de uma revisão sistemática é produzir uma conclusão baseada em evidências. Os métodos devem dar uma indicação clara da estratégia de pesquisa bibliográfica, a extração de dados, classificação e análise de evidências.

Siga as PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) guidelines disponíveis em <http://www.prisma-statement.org/>

Não deve exceder 6 000 palavras, excluindo referências e ilustrações. Não deverá ter mais de 100 referências bibliográficas. O uso de tabelas e figuras para sumariar pontos críticos é encorajado.

A contagem da palavra: até 6 000

Resumo estruturado: Sim e até 400 palavras

Tabelas / Figuras: até 10

Referências: até 100

Artigo de Revisão Narrativa

Artigo abrangente que tem como objetivo: sumariar, analisar, avaliar ou sintetizar informação que já foi publicada. Oferece uma avaliação exaustiva e crítica da literatura publicada e fornece as conclusões que a literatura avaliada permite.

São artigos por convite da equipa editorial mas, excepcionalmente autores não convidados poderão submeter o projeto de artigo de revisão, que julgado relevante e aprovado pelo editor, poderá ser desenvolvido e submetido às normas de publicação.

O texto deverá ter as mesmas secções do Artigo Original. A secção Métodos deve ser utilizada para descrever como foi feita a revisão da literatura.

As orientações relativas à dimensão do texto são idênticas ao do artigo de Revisão Sistemática.

A contagem da palavra: até 6 000

Resumo estruturado: Sim e até 400 palavras

Tabelas / Figuras: até 10

Referências: até 100

Artigo de Consenso

O objetivo dos Consensos é orientar a prática clínica (por exemplo, diretrizes, parâmetros de prática, recomendações).

Deve descrever o problema clínico a ser abordado; o mecanismo pelo qual o consenso foi gerado; uma revisão da evidência para o consenso (se disponível), e a sua utilização na prática.

Para minimizar a confusão e aumentar a transparência, os consensos devem começar por responder às seguintes questões:

Que outras orientações/guidelines estão disponíveis sobre o tema?

Quais as razões que justificaram a procura deste consenso?

Como e porquê este difere das orientações existentes?

A SPA, o colégio da especialidade, as entidades oficiais e / ou grupos de médicos que desejem publicar consensos, poderão submetê-los à RSPA. O Editor-Chefe poderá colocar como exigência a publicação exclusiva das recomendações na RSPA.

Poderá ser acordada a publicação de uma versão resumida na edição impressa cumulativamente à publicação da versão completa no site da RSPA.

A contagem da palavra: até 8 000

Resumo estruturado: não necessário e até 350 palavras

Tabelas / Figuras: até 5

Referências: até 100

Caso Clínico

O relato de um caso clínico só justifica a sua publicação na presença de um evento ou patologia rara que implicou a adoção de condutas não descritas e originais para a resolução dos problemas levantados, aspetos inusitados, evoluções atípicas ou inovações terapêuticas, entre outras.

Os casos difíceis ou complicados, mas que não trouxeram nada de novo, não são considerados publicáveis.

As secções serão: Introdução, Caso Clínico, Discussão e Referências.

O texto não deve exceder as 2 000 palavras e 15 referências bibliográficas. Deve ser acompanhado de figuras ilustrativas. O número de tabelas/figuras não deve ser superior a 6. Não devem ter mais de 4 autores, mas se tiverem mais deve ser dada uma justificação.

A contagem da palavra: até 2 000

Resumo estruturado: não necessário e até 150 palavras

Tabelas / Figuras: até 6

Referências: até 15

Carta ao Editor

Deve ser objetiva e construtiva. Deve constituir um comentário fundamentado a um artigo publicado anteriormente na revista, enviado não mais de três meses após a publicação do texto original, ou uma nota sobre um tema de interesse geral para os anesthesiologists. Deve ser breve (250 a 800 palavras) e pode conter até duas ilustrações e ter um máximo de 7 referências bibliográficas. A resposta(s) do(s) Autor(es) deve observar as mesmas características. Não precisam de resumo.

A contagem da palavra: até 800

Resumo estruturado: não é necessário resumo

Tabelas / Figuras: até 2

Referências: até 7

Editorial

Os Editoriais serão solicitados por convite do Conselho Editorial. Serão comentários sobre tópicos actuais. Não devem exceder as 1 500 palavras, nem conter mais de uma tabela/figura e ter um máximo de 15 referências bibliográficas. Não precisam de resumo.

A contagem da palavra: até 1 500

Resumo estruturado: não é necessário resumo

Tabelas / Figuras: até 1

Referências: até 15

Perspetiva

Artigo elaborado por convite do Conselho Editorial. Podem cobrir uma grande diversidade de temas com interesse para a Anestesiologia: problemas atuais ou emergentes, gestão e política de saúde, história da anestesiologia, ligação à sociedade, epidemiologia, etc. Não precisam de resumo.

A contagem da palavra: até 2 000

Resumo estruturado: não é necessário resumo

Tabelas / Figuras: até 2

Referências: até 10

Imagem em Anestesiologia

Apresentação sucinta com imagens interessantes, novas e altamente educativas para destacar informação anestesiológica pertinente.

Devem incluir um título em português e em inglês com um máximo de oito palavras e um texto com um máximo de 200 palavras. Não podem ter mais de três autores e cinco referências bibliográficas. Não precisam de resumo.

Só são aceites imagens que não tenham sido previamente publicadas.

Conteúdo suplementar em vídeo pode ser incluído.

A contagem da palavra: até 200

Resumo estruturado: não necessário resumo

Tabelas / Figuras: até 5

Vídeos: até 2

Referências: até 5

Informações complementares

A partir da segunda página, inclusive, todas as páginas devem ter em rodapé o título breve indicado na página 1.

Abreviaturas

Abreviaturas ou acrônimos não devem ser utilizados no título e no resumo, mas apenas no texto e de forma limitada. Abreviaturas não consagradas devem ser definidas na primeira utilização, por extenso, logo seguido pela abreviatura entre parênteses. Uso excessivo e desnecessário de acrônimos e abreviaturas deve ser evitado.

Nomes de Medicamentos

Não é recomendável a utilização de nomes comerciais de fármacos (marca registrada), mas quando a utilização for imperativa, o nome do produto deverá vir após o nome genérico, entre parênteses, em minúscula, seguido do símbolo que caracteriza marca registrada, em expoente (®). Forneça o nome do fabricante, cidade e país.

Unidades de Medida:

As medidas de comprimento, altura, peso e volume devem ser expressas em unidades do sistema métrico (metro, quilograma ou litro) ou seus múltiplos decimais.

As temperaturas devem ser dadas em graus Celsius (° C) e a pressão arterial em milímetros de mercúrio (mm Hg).

Todas as medições hematológicas ou bioquímicas serão referidas no sistema métrico de acordo com o Sistema Internacional de Unidades (SI).

Tabelas, Figuras ou Fotografias

É de responsabilidade do autor obter autorização por escrito e, se necessário, pagar todas as taxas de copyright ao titular do direito para republicação na RSPA.

1. Obter a permissão do detentor do copyright (geralmente a editora)
2. Fornecer cópias da autorização com a apresentação (anexá-lo como “material suplementar” na área de upload de ficheiros no OJS)
3. Reconhecer a fonte na legenda da figura / tabela com uma referência numerada
4. Fornecer a citação completa na lista de referências

A inclusão de tabelas e/ou figuras já publicadas, implica a autorização do detentor de copyright (autor ou editor).

A publicação de ilustrações a cores é gratuita. O material gráfico deve ser entregue em um dos seguintes formatos:

Bitmap (. Bmp), GIF (. Gif), JPEG (. Jpg), Pict (. Pic), Portable Document Format (. Pdf), TIFF (. Tif), Excel.

As Tabelas (ou Quadros)/Figuras devem ser numerados de acordo com ordem em que são citadas no texto e assinaladas em numeração árabe e com identificação, Tabela/Quadro / Figura.

Toda a Tabela/Quadro ou Figura incluída no artigo têm de ser referida no texto:

Exemplo: Uma resposta imunitária anormal pode estar na origem dos sintomas da doença (Fig. 2). Esta associa-se a outras duas lesões (Tabela 1).

As Figuras quando referidas no texto são abreviadas para Fig., enquanto as Tabelas/Quadros não são abreviadas. Nas legendas ambas as palavras são escritas por extenso.

As Tabelas e Figuras devem ter legenda e são numerados com numeração árabe independente e na sequência em que são referidas no texto

Exemplo: Tabela 1, Fig.1, Fig. 2,

As Tabelas e Figuras devem ser acompanhadas da respectiva legenda, sucinta e clara. As legendas devem ser autoexplicativas (sem necessidade de recorrer ao texto para as entender) – é uma declaração descritiva.

Legenda das Tabelas: Colocada por cima do corpo da tabela e justificada à esquerda. Na parte inferior serão colocadas todas as notas informativas – notas de rodapé (abreviaturas, significado estatístico, etc.)

Legenda das Figuras: Colocada por baixo da figura, gráfico e justificada à esquerda.

As imagens devem ser apresentadas em páginas separadas nos formatos exigidos, em condições de reprodução, de acordo com a ordem em que são discutidas no texto.

Agradecimentos (facultativo)

Devem vir após o texto, e antes das referências, e tem como objetivo agradecer a todos cuja contribuição para o estudo é considerada pelos autores como relevante, mas sem o peso de autoria. Nesta secção é possível agradecer a todas as fontes de apoio, quer financeiro, quer tecnológico ou de consultadoria, assim como contribuições individuais.

Referências

As referências bibliográficas devem ser classificadas e numeradas por ordem de entrada no texto. Devem ser identificadas no texto com algarismos árabes em expoente. Exemplo: “Os potenciais benefícios de evitar a circulação extracorpórea consistem na redução de complicações pós-operatórias, tais como a inflamação sistémica generalizada,³ fibrilação atrial,⁴ sangramento,⁵ de disfunção renal,^{6,7} e lesão cerebral.⁸

As citações completas devem ser listadas por ordem numérica no final do texto.

As abreviaturas usadas na nomeação das revistas devem ser as utilizadas pelo Index Medicus Journal Abbreviations <ftp://nlmpubs.nlm.nih.gov/online/journals/ljiweb.pdf>

Incluir apenas as referências acessíveis a todos os leitores. Não incluir artigos publicados sem revisão por pares, ou material que aparece em programas de congressos ou em publicações organizacionais.

Manuscritos em preparação ou submetidos para publicação nunca são aceitáveis como referências.

Se citar manuscritos aceites para publicação como referências, marcá-los como “in press”

Notas:

Não indicar mês da publicação. Nas referências com 6 ou menos Autores, todos devem ser nomeados. Nas referências com 7 ou mais autores, devem ser nomeados os 6 primeiros seguidos de “et al”.

Seguem-se alguns exemplos de como devem constar os vários tipos de referências.

Artigo

Apelido seguido das Iniciais do(s) Autor(es). Título do artigo. Título da revista [abreviado]. Ano de publicação; Volume: páginas.

1.Com menos de 6 autores

Brown EN, Purdon PL. The aging brain and anesthesia. Curr Opin Anaesthesiol. 2013;26:414-9.

2. Com mais de 6 autores

Pacella E, Pacella F, Troisi F, Dell’edera D, Tuchetti P, Lenzi T, et al. Efficacy and safety of 0.5% levobupivacaine versus 0.5% bupivacaine for peribulbar anesthesia. Clin Ophthalmol. 2013;7:927-32.

3. Sem autores

Pelvic floor exercise can reduce stress incontinence. Health News. 2005; 11:11.

Monografia

Autor/Editor AA. Título: completo. Edição (se não for a primeira). Vol. (se for trabalho em vários volumes). Local de publicação: Editor comercial; ano.

1. Com Autores:

McLoughlin T. Magnetic resonance imaging of the brain and spine. 3rd ed. Philadelphia: Mosby; 2012.

2. Com Editor:

Holzheimer RG, Mannick JA, editors. Surgical Treatment: Evidence-Based and Problem-Oriented. Munich: Zuckschwerdt; 2001.

Capítulo de monografia

Blitt C. Monitoring the anesthetized patient. In: Barash PG, Cullen BF, Stoelting RK, editors. Clinical Anesthesia. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1997. P. 563-85.

Relatório Científico/Técnico

Page E, Harney JM. Health hazard evaluation report. Cincinnati: National Institute for Occupational Safety and Health; 2001 Feb. Report No.: HETA2000-0139-2824.

Tese / Dissertação Acadêmica

Jones DL. The role of physical activity on the need for revision total knee arthroplasty in individuals with osteoarthritis of the knee [dissertação].

Pittsburgh: University of Pittsburgh; 2001.

Documento de Conferência

Rice AS, Farquhar-Smith WP, Bridges D, Brooks JW. Canabinoids and pain. In: Dostorovsky JO, Carr DB, Koltzenburg M, editors. Proceedings of the 10th World Congress on Pain; 2002 Aug 17-22; San Diego. Seattle: IASP Press; 2003. p. 437-68.

Documento electrónico:

1. CD-ROM

Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2002.<http://www.umi.com/proquest/>.

2. Monografia da Internet

Van Belle G, Fisher LD, Heagerty PJ, Lumley TS. Biostatistics: a methodology for the health sciences [e-book]. 2nd ed. Somerset: Wiley InterScience; 2003 [consultado 2005 Jun 30]. Disponível em: Wiley InterScience electronic collection.

3. Homepage/Website

Cancer-Pain.org [homepage na Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01; [consultado 2002 Jul 9]. Disponível em: <http://www.cancer-pain.org/>.

A exatidão e rigor das referências são da responsabilidade do Autor

Provas tipográficas

Serão da responsabilidade do Conselho Editorial, se os Autores não indicarem o contrário. Neste caso elas deverão ser feitas no prazo determinado pelo Conselho Editorial, em função das necessidades editoriais da Revista. Os autores receberão as provas para publicação em formato PDF para correcção e deverão devolvê-las num prazo de 48 horas.

Errata e Retrações

Publica alterações, emendas ou retrações a um artigo anteriormente publicado. Após publicação, outras alterações só podem ser feitas na forma de uma errata.

Nota final

Para um mais completo esclarecimento sobre este assunto aconselha-se a leitura do Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals International Committee of Medical Journal Editors), disponível em <http://www.ICMJE.org>.

Normas revistas a 18 de Outubro, 2013